L'EXPLOITATI
ET LES PERSO
UNE DÉFICI

L'EXPLOITATION SEXUELLE
ET LES PERSONNES QUI
PRÉSENTENT UNE DÉFICIENCE
INTELLECTUELLE.

L'INSTITUT G. ALLAN ROEHER

90-03794/

L'Institut G. Allan Roeher

Institut national canadien pour l'étude des politiques sociales touchant les personnes qui présentent une déficience intellectuelle.

L'Institut G. Allan Roeher s'est fixé les deux buts suivants :

- Faire le meilleur usage possible des connaissances actuelles dans le but d'identifier et d'anticiper les tendances futures susceptibles de faciliter la présence, la participation et la contribution, au sein de la communauté, des personnes qui présentent une déficience intellectuelle.
- Encourager l'échange d'idées dans le but de développer de nouvelles façons de percevoir la personne qui présente une déficience intellectuelle.

L'Institut G. Allan Roeher, par l'entremise de sa recherche, de la formation qu'il offre, de ses services de consultation et de ses publications, aide l'individu, la famille, les divers groups communautaires, les pourvoyeurs de services et les gouvernements à développer des stratégies d'intégration communautaire qui permettent à la personne d'atteindre la plus grande autonomie et la plus grande autodétermination possible.

L'Institut G. Allan Roeher est parrainé par l'Association canadienne pour l'intégration communautaire, une organisation bénévole qui regroupe plus de 400 associations locales et 12 associations provinciales et territoriales. Ces associations ont toutes un but commun : elles cherchent à promouvoir l'intégration communautaire des personnes qui présentent une déficience intellectuelle. Les activités de L'Institut reflètent fidèlement les principes de l'Association canadienne pour l'intégration communautaire. Selon ces principes, chaque personne a le droit d'être membre à part entière de la communauté.

Recherche et élaboration de politiques

L'Institut G. Allan Roeher dirige et parraine toute une gamme d'activités de recherche portant principalement sur la politique sociale et le financement des programmes publics, les programmes sociaux innovateurs et l'élaboration de nouvelles politiques.

La formation

L'Institut prépare des programmes et du matériel de formation à la demande de divers organismes, ministères et groupes privés. Ceci va de la préparation de matériel écrit à la réalisation de matériel audio-visuel et même à la tenue de cours ou d'ateliers de formation.

Le Service national d'information et de ressources

Le Service national d'information et de ressources offre les services suivants : le service des publications, qui publie et vend des ouvrages; le centre de documentation, avec ses 10 000 ouvrages pertinents au domaine de la déficience intellectuelle; et les services audio-visuel, où on peut louer ou acheter des films produits par L'Institut et par d'autres organisations.

Pour de plus amples renseignements, écrivez-nous :
L'Institut G. Allan Roeher
4700, rue Keele
Édifice Kinsmen
Downsview (Ontario)
M3J 1P3
(416)661-9611

L'EXPLOITATION SEXUELLE ET LES PERSONNES QUI PRÉSENTENT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

ÉTUDE COMMANDÉE À L'INSTITUT G. ALLAN ROEHER PAR LA DIVISION DE LA PRÉVENTION DE LA VIOLENCE FAMILIALE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA

RÉDIGÉE PAR CHARLENE Y. SENN

© 1988 par L'Institut G. Allan Roeher
Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation
réservés pour tous pays.
L'Institut G. Allan Roeher
édifice Kinsmen, Université York
4700, rue Keele
Downsview (Ontario) M3J 1P3
CANADA
(416)661-9611

Données de catalogage avant publication (Canada)

Senn, Charlene Y., 1960-
L'exploitation sexuelle et les personnes qui présentent une déficience intellectuelle

Traduction de : Vulnerable : sexual abuse and people with an intellectual handicap.
Bibliographie : p. 101
ISBN 0-920121-33-0

1. Violence envers les enfants handicapés mentaux. 2. Enfants victimes d'abus sexuels. 3. Violence envers les handicapés mentaux. 4. Crimes sexuels. I. Institut G. Allan Roeher. II. Titre

HQ71.S4614 1988 362.3 C88-094263-0

Table Des Matières

Avant-propos i

Introduction v
Définitions vii

Chapitre 1
Prévalence de l'exploitation sexuelle 1
Données sur la population dite normale 2
Comment savons-nous que des enfants ayant des troubles du développement sont victimes d'abus sexuels? 3
Ampleur du problème 4
Difficultés d'échantillonnage 7

Chapitre 2
Les troubles du développement en tant que facteur de risque 11
Comment le handicap peut-il être un facteur de risque? 13
1. L'enfant est perturbé affectivement 15
2. L'enfant est isolé socialement 16
3. & 4. L'enfant connaît l'adulte et lui est particuliêrement attaché 17
5. L'enfant est sensible aux « appâts » que lui offre l'adulte 17
6. L'enfant se sent abandonné et impuissant 18
7. L'enfant ignore ce qui se passe 18
8. L'enfant est sexuellement refoulé et a une curiosité sexuelle 19
9. Usage de la force 19

Chapitre 3
Identification des abus sexuels à l'égard des enfants 21
Symptômes chez l'enfant 22
Découverte de l'abus 23
Révélations verbales 23
Révélations non verbales 25
Signes et symptômes cachés 26
Signes et symptômes physiques 26
Symptômes physiques non génitaux 27
Symptômes liés au comportement 28

Résultats de la découverte ou de la divulgation de l'abus sexuel 30
Faux aveux 31

Chapitre 4
Répercussions des abus sexuels 35
Théories sur les répercussions psychologiques 35
1) sexualisation traumatisante 36
2) trahison 36
3) impuissance 36
4) stigmatisation 36
Effets à court terme : au cours de l'enfant 37
Effets à long terme : à l'âge adulte 38

Chapitre 5
Traitement de l'enfant victime d'un abus sexuel 41
Traitement médical 41
Traitement psychologique 42

Chapitre 6
Accessibilité des services 45
Accessibilité aux hôpitaux 47
Protection des enfants 48
Centres d'aide aux victimes de viol 49

Chapitre 7
Prévention des abus sexuels 51
Enfants 52
Éducation sexuelle 52
Auto-protection 53
Transformations du milieu 54
Parents 55
Professionnels 55
Établissements 56
Programme d'éducation sexuelle et de prévention 56
Sélection des employés 57
Politiques et procédures 58
Conditions de travail 63

Chapitre 8
Les délinquants sexuels qui présentent une déficience intellectuelle 65
Prévalence des infractions commises par des personnes présentant des troubles du développement 65
Les délinquants sexuels qui présentant une déficience intellectuelle et le système de justice pénale 68
Les traitements 71
Questions particulières liées au traitement des délinquants sexuels présentant des troubles du développement 73
Délinquants sexuels adolescents 75

Chapitre 9
Questions juridiques liées aux abus sexuels à l'égard des enfants 77
Consentement 77
Aptitude à témoigner 80
Victimes incapables de s'exprimer verbalement 80
Victimes capables de s'exprimer verbalement 80
Crédibilité du témoignage de l'enfant 82
Rappel libre 83
Oubli 83
Ordre chronologique 84
Caractère influençable 84
Autres facteurs affectant la mémoire 85
La nouvelle loi sur les abus sexuels à l'égard des enfants - Conséquences pour les enfants présentant des troubles du développement 87

Recommandations 91

Bibliographie 101

Consultations 119

Liste 1 120

Tableaux 115

Annexe A 130

Notes 131

Publications 135

AVANT-PROPOS

L'exploitation sexuelle est devenue une question de principe sur laquelle les gouvernments de tous les échelons et les secteurs de l'éducation, de l'industrie, de la main-d'oeuvre et des services ont dû se pencher. Toutefois, les discussions publiques et les déclarations de principe ont peu fait état de l'exploitation sexuelle des personnes qui présentent une déficience intellectuelle.

L'ouvrage intitulé *L'exploitation sexuelle et les personnes qui présentent une déficience intellectuelle* examine en détail la façon dont ce problème a été camouflé, problème dissimulé en institutions et devenue un sujet tabou pour la société. Enfermées dans des institutions qui ne leur permettaient aucune occasion de nouer des relations et leur refusaient tout droit à une éducation sexuelle normale, les personnes qui présentent une déficience intellectuelle ont peu eu la chance de se rendre compte des conséquences habituelles et de leurs responsabilités dans ce domaine. Comme elles se voient refuser tout droit à leur propre sexualité, on leur reconnaît une similarité quant à un aspect fondamental de leur vie personnelle. En

institution depuis des générations, elles sont devenues dangereusement vulnérables à l'exploitation sexuelle. Comment pouvons-nous nous étonner que le mystère qui entoure la sexualité interdite des personnes qui présentent une déficience intellectuelle ait été le motif du nombre relativement peu élevé de délits sexuels commis par ces dernières? *L'exploitation sexuelle et les personnes qui présentent une déficience intellectuelle* nous enseigne que nous ne pouvons plus nier ce problème.

Si actuellement le problème de la sexualité et l'exploitation des personnes qui présentent une déficience intellectuelle est laissé dans l'ombre parce qu'il est nié et camouflé, tel n'a pas toujours été le cas. Au cours des années « hystériques » à l'époque de la Première Guerre mondiale, on blâmait les « faibles d'esprit » pour la criminalité et les déviances sexuelles qui semblaient ébranler la société de l'ère victorienne déjà en déclin. On parlait beaucoup de la sexualité menaçante des « faibles d'esprit. » On stipulait que ces personnes contamineraient et extermineraient la race si on les laissait se reproduire sans contrôle. On considérait la question comme assez sérieuse pour adopter sans délai des lois sur la ségrégation, la surveillance, la stérilisation et la restriction des mariages. Par conséquent, les gouvernements ont implanté les rouages de la ségrégation et de la restriction. La dite menace était alors bannie ou refoulée. Ceux qui étaient en institutions étaient forcés de vivre dans l'obscurité sous surveillance. Ainsi, le fait d'enfermer ces personnes permettait plus facilement aux gens sans scrupules de les exploiter et de ne pas être découverts. Sans se vouloir un ouvrage historique, *L'exploitation sexuelle et les personnes qui présentent une déficience intellectuelle* traite des effets actuels d'un problème qui existe depuis longtemps.

Si nous savons depuis longue date que les « faibles d'esprit » ne sont pas les architectes sinistres des délits moraux de la société, *L'exploitation sexuelle et les personnes qui présentent une déficience intellectuelle* nous aide à mettre cette vieille chanson aux oubliettes une fois pour toute. Entre autres, cet ouvrage révèle qu'en termes de moyennes nationales, les personnes qui présentent une déficience ne sont pas plus ou moins coupables de délits sexuels que les autres citoyens.

En plus d'analyser le problème de l'exploitation sexuelle à l'intérieur des institutions, cet ouvrage traite du problème dans la communauté. Il dresse la toile générale du rejet et du refus qui se tisse autour des personnes qui présentent une déficience intellectuelle et qui ont fait l'objet d'exploitation sexuelle, une toile qui les empêche de bénéficier

des systèmes et des services offerts au reste de la population pour faire face à ce problème. Une fois de plus, on semble fermer la porte aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle.

L'exploitation sexuelle et les personnes qui présentent une déficience intellectuelle ne nous permet pas d'échapper à la conclusion que les personnes qui présentent une déficience intellectuelle doivent être humaines avant tout. Elles ont droit à la même protection qu'on offre aux autres citoyens contre les délits criminels commis par d'autres et doivent avoir accès aux services de la même manière que les autres victimes d'exploitation sexuelle.

De plus, cet ouvrage remet en question le système judiciaire, lequel traite les adultes qui présentent une déficience intellectuelle comme des enfants pour lesquels on s'interroge sur leur aptitude à témoigner. Les tribunaux ont longtemps soutenu que l'âge n'est pas un facteur déterminant de l'aptitude d'une personne à témoigner. Encore maintenant, un juge a le pouvoir de décider sur une base individuelle si une victime d'exploitation sexuelle est digne de foi lorsqu'elle présente une déficience intellectuelle. Souvent, on rejette une preuve en raison de l'incapacité de la personne à communiquer avec le tribunal par des moyens habituels. Ce processus n'est pas équitable.

Toutefois, l'ouvrage en question stipule que le problème de l'exploitation sexuelle et des personnes qui présentent une déficience intellectuelle est plus qu'une affaire de loi. Il s'agit d'un problème qui découle d'un refus de la société. Il faut sortir ce problème de l'obscurité et cesser de le traiter dans les salles de tribunaux. Il faut que les centres d'hébergement et les programmes d'éducation sexuelle en tiennent compte. Il est temps de fournir des services ou d'élargir ceux qui existent pour les victimes d'exploitation sexuelle afin que les personnes qui présentent une déficience intellectuelle puissent en bénéficier, ceci en reconnaissance de leur droit à la dignité, au respect et au soutien.

Jusqu'à maintenant, la question de l'exploitation sexuelle et des personnes qui présentent une déficience intellectuelle n'a pas été traitée de façon exhaustive dans aucune étude. Pour la première fois, un ouvrage, soit *L'exploitation sexuelle et les personnes qui présentent une déficience intellectuelle*, aborde la question sous tous ses angles : l'incidence d'exploitation sexuelle chez les personnes qui présentent une déficience intellectuelle, les facteurs de risque de développer une déficience reliée à l'exploitation sexuelle, le traitement et les effets de l'exploitation sexuelle, l'accessibilité aux services, la prévention, les

questions d'ordre juridique et les agresseurs d'exploitation sexuelle qui présentent une déficience intellectuelle.

Nous ne pouvons qu'espérer que cette étude entraîne des actions concrètes au nom des victimes d'exploitation sexuelle qui présentent une déficience intellectuelle. C'est de toute évidence une question de justice.

Marcia H. Rioux
La Directrice de L'Institut G. Allan Roeher
février, 1988
Toronto (Ontario)

Introduction

Jusqu'à la fin des années soixante-dix, les abus sexuels dont étaient victimes les enfants au Canada n'étaient généralement connus que des policiers et de quelques médecins, psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux chargés de la protection de la jeunesse. Cela n'a rien d'étonnant puisque dans une société l'évolution des préoccupations à l'égard des abus sexuels chez les enfants s'inscrit habituellement dans « une série d'étapes de développement bien précises » (Kempe, 1985, p. xxvii) où les abus sexuels n'occupent que la cinquième place, soit l'avant-dernière. D'après Kempe, une société reconnaît et tente d'abord de supprimer les sévices corporels envers les enfants, puis, elle passe à l'étape suivante qui est de reconnaître les dommages causés par la négligence. Ce n'est qu'une fois ces étapes franchies que les cas d'abus sexuels commencent à apparaître dans les dossiers des professionnels qui n'étaient pas conscients du problème antérieurement. Mais il reste que les gens ont du mal à accepter l'existence d'abus sexuels à l'égard des enfants et si la société tarde à s'intéresser au problème c'est aussi parce qu'elle préfère considérer les abus comme des cas malheureux mais certainement isolés. Ces croyances transparaissent dans les structures même de la société qui n'ont été conçues ni pour

répondre aux besoins des enfants ni pour contrer l'exploitation sexuelle.

Ainsi, le système judiciaire est tel qu'en matière d'agression sexuelle il faut que tous les témoignages soient corroborés, ce qui laisse entendre qu'il y a supposition de consentement et présomption de fausses déclarations. Par ailleurs, les ouvrages de psychiatrie suggèrent que les abus sexuels sont le fait exceptionnel d'un délinquant fou (Lewis et Sarrell, 1969) ou le résultat de l'activité séductrice d'un enfant précoce (Gager et Scheier, 1976), renforçant encore ainsi l'illusion selon laquelle il s'agit de situations rares. En outre, il y a dans les médias une « conspiration du silence » (Butler, 1978), les reporters « choisissant » de ne pas relater les cas d'abus sexuels dont ils sont informés. De plus, les femmes qui, enfants, ont été victimes d'inceste ou d'abus de la part d'un étranger, ne révèlent leur expérience à personne et croient être les seules à avoir vécu une telle situation. Tous ces éléments, qui tiennent à la fois des structures sociales et des comportements individuels ont contribué à perpétuer l'illusion selon laquelle l'exploitation sexuelle des enfants était un phénomène rare.

En grande partie à cause de l'influence du mouvement féministe, la question des abus sexuels envers les enfants (et plus précisément les cas d'inceste) est devenue une question d'ordre public (voir par exemple Armstrong, 1979; Allen, 1980; Rush, 1980; Butler, 1978). Une fois le silence rompu, travailleurs sociaux, psychologues, infirmières en santé communautaire, médecins et autres professionnels commencent à se rendre compte de l'ampleur du problème. Par ailleurs, l'activisme politique entourant les cas d'enfants disparus, la mention dans les médias de certains abus sexuels à l'égard des enfants et la publication de nombreux ouvrages sur la question (Mayer, 1983; Whitcomb, 1982; Sgroi, 1982; Mrazek et Kempe, 1981) contribuent à mettre en évidence le fait qu'il s'agit là d'un problème dont il faut s'occuper. Les théoriciens commencent à effectuer des recherches plus approfondies sur la question et publient livres et articles sur les résultats de leurs travaux (Russell, 1984; Finkelhor, 1979; 1984; 1986). Pour leur part, les professions d'assistance réagissent en créant des programmes de traitement et en mettant sur pied dans les grands hôpitaux des centres spéciaux de traitement à l'intention des enfants victimes d'abus sexuels. Par ailleurs, on commence à inclure dans le système d'éducation régulier des programmes de prévention des abus sexuels.

Une fois que la collectivité est sensibilisée au problème, à la suite

des efforts d'éducation ou d'autres politiques spéciales, les services en place croulent sous le nombre des cas d'abus qui leur sont rapportés. D'après une étude, il y aurait eu une augmentation de 30 000 pour cent du nombre de cas d'abus sexuels déclarés au cours des sept années qui ont suivi la sensibilisation de la collectivité à la question (Giaretto, 1980, cité dans Summit, 1983), si bien que les services qui ont été mis sur pied ne suffisent absolument pas à la demande et qui plus est, ils traduisent un parti pris en ce sens qu'ils s'adressent uniquement à une certaine catégorie d'enfants victimes d'abus sexuels. En effet, l'une des lacunes les plus flagrantes des moyens mis de l'avant pour contrer les abus sexuels envers les enfants a été l'ignorance des besoins des « catégories particulières » d'enfants. Essentiellement, tous les services, proposés et existants, s'adressaient à l'enfant robuste, qui entend bien, voit bien et jouit d'une intelligence moyenne ou supérieure à la moyenne.

Aux fins du présent rapport, nous avons examiné des ouvrages qui permettent de mieux comprendre le phénomène des abus sexuels chez les enfants présentant des troubles du développement et nous avançons que certains enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle risquent plus d'être victimes d'abus sexuels que les enfants et les adolescents en général. Par ailleurs, notre étude informelle des programmes et des services existants nous porte à croire que les besoins des enfants qui présentent une déficience intellectuelle ne sont pas satisfaits soit parce qu'on ne reconnaît pas que ce groupe d'enfants constitue une population à risque, soit parce que les pourvoyeurs de services sont à tel point débordés qu'ils ne voient pas d'un bon oeil l'introduction d'un autre groupe d'individus vulnérables. Il est primordial de sensibiliser les professionnels et le grand public à la question des abus sexuels envers les enfants ayant des troubles du développement et d'éliminer toute pratique discriminatoire pour que ces enfants puissent bénéficier des mêmes droits et services que les autres. Par ailleurs, l'exclusion des enfants qui présentent une déficience intellectuelle des politiques de prestation et de planification des services futurs constitue une lacune grave à laquelle il faut palier sur-le-champ.

Définitions

La définition de « déficience intellectuelle » la plus couramment utilisée par les chercheurs cités dans le présent ouvrage est celle de l'*American Association on Mental Deficiency* et celle qui figure dans

l'*American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) (**Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**). Il s'agit d'une définition en trois volets, que voici : (1) fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne, (2) entraînant des déficits ou altérations du comportement adaptatif, ou associé avec eux, (3) débutant avant l'âge de 18 ans (Aguilar, 1985, Rioux (1979) a très bien résumé les problèmes découlant de ce type de définition.

(TRADUCTION)
« Premièrement, il s'agit d'une définition qui se fonde sur un ensemble de facteurs. Il y est notamment question d'une déficience dans le développement intellectuel, d'une lacune dans la capacité de fonctionner socialement et d'une diversité de causes. Il ne s'agit pas par conséquent d'éléments qui peuvent s'inscrire dans un modèle ou une définition médicale à proprement parler, mais qui relèveraient plutôt d'une catégorie socio-administrative. Deuxièmement, le niveau d'incapacité de fonctionner varie considérablement (de léger à profond). L'écart, en termes d'intelligence et de fonctionnement, entre les individus présentant une déficience intellectuelle profonde et ceux présentant une déficience intellectuelle légère est plus grand que ne l'est celui entre les individus ayant une déficience intellectuelle légère et les personnes dites normales. (Friedman, 1976, p. 210). Troisièmement, la déficience intellectuelle n'est pas un état statique; il peut évoluer. Le fait qu'un des éléments de la déficience intellectuelle soit un déficit du comportement adaptatif signifie qu'il est le produit de l'interaction entre les capacités individuelles et les exigences sociales. C'est donc dire qu'à la suite de modifications de la capacité de fonctionner d'une personne ou des exigences sociales à son endroit, cette personne peut n'être plus considérée comme étant atteinte d'une déficience intellectuelle. L'intensité et la nature de la stimulation et de l'éducation prodiguées au cours de la première enfance ayant des conséquences directes sur le développement, il est impossible d'émettre des hypothèses infaillibles sur le potentiel d'un individu. Quatrièmement, il s'agit là d'une étiquette, ou d'une classification, qui s'applique à un groupe d'individus très hétérogènes (p. 17). »

Aux fins du présent rapport, la définition du DSM-III servira uniquement de ligne directrice générale pour la délimitation de la

population visée. Une appellation moins blessante sera utilisée dans tous les autres cas.

Ainsi, les termes « déficience intellectuelle » et « trouble du développement » serviront à désigner les troubles qui viennent d'être décrits. Ces expressions sont celles que privilégient les spécialistes de la question de même que les personnes handicapées elles-mêmes lorsqu'on leur demande d'apposer une étiquette sur leur condition (Park, 07-87; Worrell, 07-87; Richler, 07-87). Il est souligné que les personnes ayant des troubles du développement sont loin de toutes avoir le même degré de développement et les mêmes capacités (Blomberg, 1987, p. 9) et c'est pourquoi dans le présent document l'appellation est utilisée de manière à respecter les particularités individuelles et à tenir compte de la possibilité et de la probabilité d'un changement développemental.

L'expression « abus sexuel envers les enfants » est utilisée dans son sens le plus large pour désigner toute utilisation ou exploitation sexuelle (avec contacts ou non) d'une personne de moins de 16 ans, de même que l'exploitation sexuelle de jeunes ayant de 16 à 18 ans, et les agressions sexuelles à leur endroit. Cette définition englobe tant les agressions commises à l'intérieur qu'à l'extérieur de la cellule familiale.

1

Prévalence de l'exploitation sexuelle

La détermination de l'ampleur d'un problème peut passer par la saisie de deux types de données, le premier type permettant d'évaluer la prévalence et le second l'incidence. Bien que ces deux évaluations soient souvent utilisées l'une pour l'autre, elles sont en fait très différentes et ne s'obtiennent pas aussi facilement l'une que l'autre. En effet, la prévalence révèle de façon générale à quel point le problème est répandu ou à quelle échelle un comportement existe et, dans ce sens général, toute étude donnant le nombre de cas vus, le nombre de personnes rapportées, etc., même sans l'existence de groupes témoins, peut contribuer à l'établissement de la prévalence. Du point de vue de la recherche, la prévalence doit s'obtenir par l'examen d'un échantillon de la population adulte choisi au hasard et par l'évaluation du pourcentage de ces individus qui ont subi le comportement ou le crime visé *au cours de leurs vie.* Par contre, les études d'incidence visent à déterminer le taux de fréquence de l'abus dans la population. Il s'agit d'une évaluation habituellement établie en termes du nombre de cas par 1 000 individus *au cours d'une année donnée* qui ont subi le comportement en question, et elle se fonde souvent sur les cas rapportés. Ces deux procédés comportent certes des points communs mais également des méthodes différentes d'évaluation de la fréquence d'un comportement ou d'un crime.

Les cas d'abus sexuels ont commencé à être relevés à la fin des années soixante-dix, mais ce n'est que beaucoup plus récemment que des études nationales de prévalence ont été entreprises (Badgley et autres, 1984; Russell, 1984; Finkelhor, 1984; Wyatt, 1985). Par ailleurs, il peut falloir jusqu'à dix ans pour planifier, mettre en oeuvre et analyser les études d'incidence et rédiger les rapports en vue de la publication (Finkelhor et associés, 1986), et il n'est pas étonnant par conséquent que dans un domaine aussi nouveau que l'exploitation sexuelle des enfants ayant des troubles du développement on n'ait pu encore obtenir de données exactes sur la prévalence et l'incidence du phénomène. Il nous faut donc tirer de plusieurs sources nos données sur la fréquence de l'exploitation sexuelle de ce groupe d'individus. Les études de prévalence existantes constituent une source normalisée, même s'il faut bien reconnaître qu'elles manquent souvent de rigueur, tant sur le plan de la vérification que de la méthodologie utilisée. Les documents juridiques, les rapports de psychiatres et les ouvrages d'éducation sexuelle sont des sources moins courantes mais riches en information, renfermant notamment des données sur l'exploitation sexuelle des personnes présentant une déficience intellectuelle.

Données sur la population dite normale

Aucune des études effectuées sur l'exploitation sexuelle en général ne nous permet d'avoir une idée juste du nombre d'enfants présentant une déficience intellectuelle qui ont souffert de cette pratique. Il en aurait été différemment si les responsables des études avaient inclus dans leurs échantillons des individus ayant des troubles du développement, mais tel n'a pas été le cas. Finkelhor et associés (1986) ont résumé les techniques d'échantillonnage utilisées pour toutes les études sur l'exploitation sexuelle et nous pouvons constater que toutes ces techniques ne pouvaient, d'une façon ou d'une autre, qu'exclure un grand nombre d'adultes ayant des troubles du développement. Ainsi, la sélection d'après les ménages (Badgley et autres, 1984; Burnham, 1985, cités dans Finkelhor et associés; Miller, 1976) et la sélection d'après le code téléphonique (Badgley et Ramsay, 1986; Keckley Market Survey, 1983, cités dans Finkelhor et associés, 1986; Lewis, 1985, cité dans Finkelhor et associés; Murphy, 1985, cité dans Finkelhor et associés; Russell, 1983; Wyatt, 1985) ne seraient justes que si les personnes présentant des troubles du

développement avaient toutes leur propre maison ou leur propre appartement et un téléphone à leur nom. La sélection d'après les permis de conduire (Kercher et McShane, 1984), ou par l'entremise des parents d'enfants de 6 à 14 ans (Finkelhor, 1984) exclurait automatiquement un pourcentage élevé de personnes handicapées. De plus, la longueur des questionnaires administrés (il faut entre 1 heure et 1 heure trente pour les remplir) éliminerait probablement les quelques adultes présentant une déficience intellectuelle qui auraient été rejoints. Il est également évident que d'autres groupes d'individus tels les malentendants, les aveugles et les personnes souffrant d'un handicap physique pourraient ne pas être inclus dans un tel échantillonnage « au hasard » à moins que les chercheurs ne concertent leurs efforts pour les rejoindre.

Comment savons-nous que des enfants ayant des troubles du développement sont victimes d'abus sexuels?

Bien avant qu'aucune recherche empirique ne soit effectuée sur l'exploitation sexuelle des personnes présentant une déficience intellectuelle, la vulnérabilité à l'exploitation sexuelle des enfants et des adolescents présentant de tels problèmes était une idée répandue. Ainsi, l'un des motifs invoqués dans les documents juridiques devant accompagner la demande de stérilisation d'une adolescente gravement handicapée est la probabilité d'une grossesse due (traduction) « à la menace constante d'agression et de viol » (p. 469), (M.K.R., 1974). Voici un résumé de plusieurs situations du genre. (Traduction) « L'inconvénient d'avoir à s'occuper de l'enfant handicapé et la crainte de la promiscuité ou de l'exploitation sexuelle peuvent amener les parents à rechercher une solution qui viole le droit fondamental de leur enfant à la procréation » (A.W., 1981, p. 370).[1] On rapporte que deux cas d'inceste ont été découverts par des médecins lors de l'exécution d'examens préparatoires à la stérilisation. Par ailleurs, l'étude d'un généticien sur les enfants issus de relations incestueuses a révélé que plus de 14 % des femmes qui avaient porté l'enfant de leur père ou de leur frère étaient considérées comme ayant un fonctionnement mental inférieur à la moyenne. En plus de prouver l'existence de l'inceste, cette étude révèle qu'un beaucoup plus grand nombre d'handicapées intellectuelles que celui auquel on aurait pu s'attendre compte tenu des lois de la probabilité sont devenues enceintes de leur père ou de leur frère.

Les dossiers des foyers ou des établissements pour les jeunes montrent que les adolescents dits déficients mentaux sont considérés comme des cibles privilégiées en matière d'exploitation sexuelle et qu'ils sont souvent incarcérés pour leur « propre protection » (Wooden, 1976; Rogers, 1972).[2] Par ailleurs, il est fréquemment mentionné dans les ouvrages d'éducation sexuelle à l'intention des enfants et des adolescents qui présentent une déficience intellectuelle que les parents et les travailleurs des foyers et des établissements s'inquiètent de ce que ces enfants sont particulièrement vulnérables à l'exploitation (Fischer et Krajicek, 1974; Simonds, 1980; Bennett, Vockell et Vockell, 1972; Goodman, 1973). Bien que certaines craintes des parents ne soient sans doute pas fondées, des récits trouvés dans d'autres sources indiquent que certaines autres se fondent par contre sur la connaissance de la vulnérabilité de leur enfant et de cas d'exploitation.

Les témoignages, les récits de cas et les sous-entendus qu'on retrouve dans des documents connexes montrent que l'exploitation sexuelle des enfants ayant des troubles du développement est bel et bien un problème, mais ils ne sont toutefois pas suffisamment détaillés pour donner une idée de l'ampleur du problème.

Ampleur du problème

Les études qui seront présentées maintenant sont les seules à avoir traité précisément de la question de l'exploitation sexuelle des enfants ayant des troubles du développement. Dans certains cas, l'information sur ce sujet a été obtenue dans le cadre d'une étude sur une autre population cible, tandis que dans d'autres cas, il s'agissait d'études qui visaient cette population particulière dès le départ. Il reste que dans tous les cas les auteurs ont fait face à des problèmes de méthodologie ou d'échantillonnage, ce qui rend les conclusions de ces études difficilement généralisables. Elles sont par conséquent utilisées ici pour donner une idée de l'ampleur du problème plutôt que pour confirmer l'état de la situation.

L'équipe de Chamberlain (1984) a interviewé 69 adolescentes ayant des troubles du développement qui fréquentaient la *Cincinatti Adolescent Clinic*. L'échantillon choisi représentait 70 % du groupe avec lequel Chamberlain avait communiqué au départ et du point de vue des caractéristiques démographiques aucune différence n'avait été trouvée entre les jeunes interviewées et les autres. L'âge des

jeunes filles variait de 11 à 23 ans. La gravité de leur handicap variait également et (traduction) « dans l'ensemble, leur quotient intellectuel était plus faible que ce à quoi on se serait attendu dans un échantillon pris au hasard. » (p. 446). Vingt-deux adolescentes (25 %) avaient vécu un viol ou une tentative de viol. De ce nombre, 7 avaient été agressées sexuellement par leur père, leur beau-père ou leur père nourricier; 3 avaient été agressées par un autre membre de la famille. Au moins 2 victimes avaient été agressées sexuellement à l'école et dans un des cas l'agresseur était l'instituteur de l'adolescente. Autrement dit, la majorité des agresseurs étaient connus des victimes. L'âge moyen au moment de l'agression était de 14 ans : les jeunes filles avaient entre 9 et 17 ans, de sorte que dans tous ces cas il s'agissait d'exploitation sexuelle d'un enfant. Chamberlain et son équipe (1984) soulignent qu'un tiers des jeunes filles « déficientes légères » de son échantillon avaient été agressées sexuellement, ce qui porte à croire qu'elles sont peut-être davantage susceptibles d'être victimes de tels crimes que les adolescentes en général. Il faut également souligner que seuls le viol et la tentative de viol ont été inclus dans la définition d'agression sexuelle, de sorte que les chiffres obtenus masquent probablement l'ampleur du problème.

Ryerson (1984) fait état des résultats d'une étude de sept ans menée par le *Seattle Rape Relief*. Au cours de cette période de sept ans, de 1977 à 1983, 700 cas d'exploitation sexuelle visant des enfants et des adultes présentant une déficience intellectuelle ont été rapportés. Dans certains cas, les victimes des agressions sexuelles étaient des hommes et des femmes adultes, mais (traduction) « l'examen des cas révèle que l'exploitation sexuelle commence souvent lorsque les enfants ont entre deux et cinq ans pour se poursuivre pendant une période de cinq à quinze ans » (p. 6). Il ressort par ailleurs que dans 99 % des cas l'agresseur était un parent de la personne handicapée ou quelqu'un chargé d'en prendre soin.

Cowardin (1987) a pris les chiffres du Seattle Rape Relief pour un an (1980) et après avoir comparé ces chiffres au nombre de viols rapportés en Californie il a constaté que dans le compté de King, le nombre d'agressions sexuelles rapportées par des personnes présentant une déficience intellectuelle était quatre fois plus élevé que le taux national. (Voir liste 1) Et cet écart est encore sans doute beaucoup plus grand en réalité puisqu'on estime que dans le cas des personnes ayant des troubles du développement seulement 20 % des agressions sont rapportées (Ryerson, 1984).

Hard (1986) a examiné les dossiers de 95 adultes ayant des

troubles de développement qui travaillaient dans un centre d'adaptation au travail. Elle a ensuite interviewé 65 d'entre eux afin d'obtenir des renseignements plus détaillés, à partir d'un questionnaire qu'elle avait spécialement préparé à cette fin. Hard (1986) a rapporté que 83 % des femmes et 32 % des hommes avaient déjà été victimes d'abus sexuels. Dans 38 cas, il a été possible d'obtenir l'âge qu'avait la personne au moment de l'agression : 17 personnes sur 38 (ou 45 %) avaient moins de 18 ans à l'époque. Encore ici, dans 99 % des cas, les victimes connaissaient leur agresseur. Bien qu'il ne soit possible de transposer les résultats de cette étude qu'aux personnes travaillant dans des centres d'adaptation au travail, la recherche de Hard constitue probablement la meilleure évaluation que nous ayons à ce jour de la prévalence de l'agression et de l'exploitation sexuelles des personnes ayant des troubles du développement. Il est également important de souligner que 30 personnes n'ont pas été interrogées bien que leurs dossiers aient été choisis au départ. Voici pourquoi : (traduction) « plusieurs étaient incapables de parler, quelques-unes ont décidé de ne pas se faire interroger, deux ne comprenaient pas les questions et les autres avaient quitté . . . le programme avant l'entrevue » (p. 1).

Les études dans lesquelles il est question d'exploitation sexuelle des enfants vivant en établissement ou dans des familles d'accueil révèlent que les enfants qui présentent une déficience intellectuelle sont victimes d'une telle pratique (même si ce groupe d'enfants ne constituaient pas la population cible). Musick (1984) a interviewé un échantillon d'ex-patients d'établissements pour malades mentaux qui avaient été victimes d'exploitation sexuelle, de même que le personnel de tels établissements qui avait été au courant de l'exploitation sexuelle des patients. Bien que cette étude portait sur les établissements psychiatriques plutôt que sur les établissements accueillant principalement les individus ayant des troubles du développement, les conclusions de Musick sur les facteurs de la vulnérabilité des patients (des clients, des détenus) pourraient s'appliquer à différents groupes d'individus vivant en établissement. Musick laisse entendre que certaines structures et pratiques liées au traitement rendent les individus vivant en établissement particulièrement vulnérables; elle mentionne notamment (traduction) « les politiques de dotation qui permettent à un employé de sexe masculin de prendre soin de patientes et de les accompagner, la surveillance et le contrôle inappropriés des patients de sexe masculin lorsque des patients des deux sexes se retrouvent dans des locaux communs, la surveillance

inappropriée des patientes qui prennent des médicaments très forts, qui sont isolées ou dont la mobilité est réduite . . . » (p. 2).

Dawson a mené une étude sur les Sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario (*Ontario Children's Aid Societies*) et sur le Registre central des cas d'enfants victimes de sévices (*Central Child Abuse Register*) afin de tenter d'évaluer l'ampleur du problème dans les services d'accueil entre 1979 et 1981. Vingt des 51 organismes avec lesquels il a communiqué ont accepté de participer à l'étude. Le nombre de cas d'exploitation sexuelle qu'il rapporte est déconcertant : 42 % des cas impliquant des familles d'accueil soumis à des sociétés d'aide et 38 % des cas visant des familles d'accueil qui figurent au Registre sont liés à l'exploitation sexuelle. Et dans tous les cas, le père de la famille d'accueil était l'agresseur. Les victimes étaient surtout des adolescentes ayant entre 13 et 17 ans, mais certaines victimes avaient seulement 4 ans. Deux garçons comptaient également au nombre des victimes. Dawson (non datée) rapporte que 60 % des enfants qui avaient fait l'objet d'une exploitation sexuelle avaient été identifiés comme ayant des besoins spéciaux; et 17 % d'entre eux entraient dans la catégorie des personnes ayant une déficience intellectuelle moyenne. Bien qu'il soit impossible de dire si les enfants ayant des troubles du développement ont été victimes d'exploitation sexuelle, il ressort de cette étude et d'autres données (par exemple, Chamberlain et autres, 1984) que certains enfants vivant dans des familles d'accueil sont agressés sexuellement par le père de ces familles.

Difficultés d'échantillonnage

Il serait difficile et probablement improductif d'étudier un échantillon pris au hasard de personnes ayant des troubles du développement. Cette catégorie de personnes vit dans des établissements (plus de 10 %), dans des familles d'accueil, dans des foyers de groupe et seules; par ailleurs, un grand nombre d'enfants vivent toujours dans leur propre famille. De plus, le degré d'autonomie de chaque personne varie beaucoup, certaines ayant besoin d'être prises en charge totalement (toilette, repas, etc.) tandis que d'autres fonctionnent de façon tout à fait indépendante dans la société. La plupart des individus ayant des troubles du développement se situent davantage vers le pôle « autonomie complète », de 75 à 90 % d'entre eux se situant à la limite de la normalité ou ayant un handicap léger et ne souffrent (traduction) « d'aucun handicap organique grave » (Szymanski, 1977,

p. 68). Cela signifie qu'un grand nombre d'individus qui devraient faire partie de l'étude ne pourraient être rejoints par l'examen des seuls établissements spécialisés. Les études qui visent à évaluer avec exactitude l'ampleur de l'exploitation sexuelle des personnes ayant des troubles du développement doivent donc s'adresser aux individus qui vivent dans les différents milieux qui viennent d'être énumérés.

Un paradoxe s'est produit dans le domaine de la recherche sur la sexualité des gens ayant une déficience intellectuelle. Ainsi, de nombreuses études qui concluaient qu'il était nécessaire de dispenser une éducation sexuelle aux personnes ayant une déficience intellectuelle ont porté, du moins partiellement, sur les individus vivant en établissement (Edmonson et Wish, 1975; Coleman et Murphy, 1980; Hall, Morris et Barker, 1973; Hall et Morris, 1976; Edmonson, McCombs et Wish, 1979) puisque leurs auteurs supposaient que l'exploitation sexuelle y était bel et bien une réalité. Or, aucun auteur n'a publié d'étude pour laquelle il avait pu avoir accès aux établissements afin de documenter ces suppositions concernant l'exploitation sexuelle. L'exclusion des individus vivant en établissement ou dans des centres de soins complets peut entraîner une sous-évaluation du problème puisque des éléments théoriques indiquent que les individus totalement dépendants peuvent être extrêmement vulnérables aux caprices de ceux qui en prennent soin. En pareilles circonstances, la gravité du handicap que présente la personne peut également venir compliquer l'évaluation de la réalité, bien que cela ne soit pas toujours le cas. Certains chercheurs reconnaissent la grande vulnérabilité des personnes gravement handicapées qui vivent en établissement, mais ils ne sont pas en mesure de les interroger (Musick, 1987; Hard, 1987). Les chercheurs ont souligné la difficulté d'avoir accès aux établissements spécialisés, constatation qu'appuient également d'autres personnes travaillant dans le milieu, qui ne sont pas des chercheurs. Davies (05-87) a souligné qu'elle est invitée à venir animer des ateliers de prévention dans les établissements et les foyers de groupe uniquement lorsqu'il y a déjà eu des problèmes d'abus, bien qu'on ne l'informe pas de ces problèmes[3]. Bien qu'il soit compréhensible que les directions des établissements spécialisés ne veuillent pas s'exposer volontairement aux poursuites judiciaires et à la colère du public, leur refus de permettre la recherche pourrait être interprété comme de la négligence.

Il y a aussi le fait que les chercheurs ne sont pas parvenus à évaluer adéquatement les personnes les plus gravement

handicapées. Il s'agit d'un problème qui durera tant qu'on ne trouvera pas de moyens novateurs de réduire les obstacles actuels à la communication. Actuellement, les cas d'abus sexuels envers les personnes ayant des aptitudes verbales limitées peuvent être découverts uniquement s'il y a des symptômes médicaux (exemple : grossesse, maladie vénérienne) et s'ils sont diagnostiqués, s'ils ont lieu en présence d'un témoin (autre patient ou employé) et s'ils sont rapportés, ou encore si la victime peut indiquer de quelque façon que ce soit, verbalement ou non verbalement, qu'il y a eu abus.

Il serait très difficile d'interroger un échantillon pris au hasard de personnes ayant des troubles du développement. La méthode de recherche qui permettrait d'évaluer le plus justement l'ampleur du problème serait sans doute celle qui consisterait à prendre un échantillon dans les différents milieux où vivent les personnes mentalement handicapées et à tenter d'interroger des personnes présentant différents types de handicaps, de manière à avoir l'échantillon le plus vaste possible. Musick (05-87) a souligné que le simple fait de pouvoir consulter les dossiers médicaux des patients vivant en établissement permettrait aux chercheurs qui travaillent sur les abus sexuels d'obtenir des données sur une tranche de population qui n'a pas encore été étudiée à ce jour. Il faut bien admettre que tant qu'une recherche plus novatrice ne sera pas entreprise, une partie seulement du tableau nous sera révélée.

2

Les troubles du développement en tant que facteur de risque

Il est clair que certains enfants présentant des troubles du développement sont victimes d'abus sexuels. Il est important de comprendre le rôle que le handicap joue dans le fait que ces enfants deviennent des victimes. La probabilité que l'enfant présentant des troubles du développement soit victime d'un abus sexuel dépend en effet de la fonction du handicap : le handicap a-t-il un effet protecteur, aucun effet, ou, encore, rend-il l'enfant plus susceptible d'être victime d'abus. Ainsi, si le handicap a une fonction de protection, l'enfant handicapé risquera alors moins d'être victime d'abus que les enfants dits « normaux ». Par contre, si le handicap est un facteur de risque, le pourcentage des abus sexuels chez les enfants ayant des troubles du développement sera plus élevé que le pourcentage prévu pour la population dite « normale ». Finalement, si les troubles du développement n'ont aucun lien avec les abus sexuels, les enfants handicapés intellectuellement courent le même risque que les autres enfants d'être victimes d'abus sexuels.

La thèse selon laquelle la présence d'une déficience intellectuelle protégerait les enfants des abus n'a guère de fondement. Toutefois, plusieurs auteurs (Watson, 1984; Minnesota Dept. of Corrections, 1983; Cole, 1986; Worthington, 1984) croient, preuves à l'appui, que

les gens se sentent désolés pour les enfants handicapés, veulent les protéger et ne les considèrent donc pas comme des cibles éventuelles. Il semble cependant peu probable qu'il en soit ainsi. Dans le cas des sévices corporels, de nombreux ouvrages étayent l'idée qui veut que des enfants n'ayant pas les mêmes capacités que les autres sont davantage susceptibles d'être victimes de mauvais traitements. La justification de ce lien varie : certains chercheurs croient que le stress des parents d'enfants handicapés contribue à amener ces parents à agresser leurs enfants (Helfer, 1975; Sandgrund et autres, 1974; Barth et Blythe, 1983; Glaser et Bentovim, 1979), d'autres mentionnent que les parents ont des attentes irréalistes à l'égard de leurs enfants qui se situent à la limite de la normalité et qui, tout en ayant l'air « normaux » sont en fait handicapés d'une façon ou d'une autre (Morse, Sahler et Friedman, 1970; Souther, non datée); d'autres encore croient qu'il s'agit d'une combinaison de ces facteurs (Friedrich et Boriskin, 1978; Solomons, 1979; Gil, 1970). D'autres chercheurs estiment qu'il y a effectivement un lien qui s'explique par l'existence d'une relation de cause à effet dans l'autre direction : c'est-à-dire qu'il est fréquent que les mauvais traitements infligés aux enfants entraînent des traumatismes crâniens qui, à leur tour, entraînent une altération des fonctions intellectuelles (Diamond et Judes, 1983; Elmer et Gregg, 1967; Caffey, 1974; Appelbaum, 1980); d'autres estiment également que les mauvais traitements vont de pair avec la négligence, la pauvreté et la malnutrition, tous éléments qui sont liés à des capacités intellectuelles réduites (Starr, Dietrich, Fischoff, Ceresnie et Zweier, 1984). Tous ces auteurs s'entendent sur un point : quelle que soit la base sur laquelle repose le lien, il semble effectivement que les enfants ayant des troubles du développement soient plus susceptibles d'être victimes de sévices corporels que les autres. (Voir Martin, Beezley, Conway et Kempe, 1974; Alexander, 1979, pour un relevé exhaustif des ouvrages sur la question.) Bien qu'aucune recherche empirique ne vienne étayer le lien entre les abus sexuels à l'égard des enfants et les troubles du développement, les auteurs d'un grand nombre des études mentionnées ci-dessus ont inclus les abus sexuels dans leur définition de mauvais traitements. On a également souligné que (traduction) « bien qu'il soit rarement question d'abus sexuels dans les ouvrages sur les enfants battus (habituellement des nourrissons et de très jeunes enfants) on peut supposer que les enfants qui vivent dans une famille où règne la violence seront plus susceptibles d'être victimes d'abus sexuels lorsqu'ils seront plus âgés. » (Martin et autres, 1974,

p. 40) Ainsi, en l'absence de preuves qu'une déficience intellectuelle protège les enfants des abus sexuels, il faut supposer que les enfants qui présentent une déficience intellectuelle sont au moins aussi menacés que les autres.

Selon la dernière étude de prévalence nationale effectuée dans le cadre du rapport Badgley, au moins 39 % des filles et 16 % des garçons ayant des troubles du développement seront victimes d'abus sexuels avant l'âge de 18 ans.[4] On a recueilli de très nombreux éléments prouvant que les enfants et les adolescents ayant des troubles du développement sont effectivement plus susceptibles d'être victimes d'abus sexuels que les autres. Des auteurs (par exemple, Shuker, 1980, cité dans Longo et Gochenour, 1981) ont souligné que certains détenus incarcérés pour agression sexuelle disent choisir leurs victimes parmi les personnes qui leur semblent les plus vulnérables. On a même déjà mentionné dans un magazine pour hommes à grand tirage que les jeunes filles « déficientes mentales » étaient des cibles idéales en matière d'agression sexuelle parce qu'elles étaient incapables d'identifier leur agresseur (*Hustler* cité dans Sank et LaFleche, 1981). La formation de la notion de vulnérabilité accrue viendra plus tard.

Ainsi, lorsque les études de prévalence nationales sont combinées aux études qui portaient précisément sur les personnes présentant des troubles du développement, les estimations suivantes s'imposent : entre 39% (Badgeley et autres, 1984) et 68 % (Hard, 1986) des filles ayant des troubles du développement et entre 16 % (Badgley et autres, 1984) et 30 % (Hard, 1986) des garçons ayant des troubles du développement seront victimes d'abus sexuels avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans. Ces chiffres sont consternants — même si l'on considère uniquement les pôles inférieurs des évaluations — et montrent clairement qu'il faut mettre en place des stratégies de prévention et d'intervention.

Comment le handicap peut-il être un facteur de risque?

Étant donné qu'on prévoit qu'un pourcentage aussi élevé d'enfants seront victimes d'abus sexuels, il est important d'analyser les raisons de cette vulnérabilité afin de pouvoir bien orienter les efforts de prévention et d'intervention.

Finkelhor (1984; 1986) a élaboré une théorie sur les abus sexuels d'après laquelle un enfant ne peut être victime d'un abus sexuel que si quatre conditions précises sont réunies. La première est la

prédisposition de l'adulte aux abus; la deuxième, la réduction des inhibitions internes à l'égard des abus; la troisième, la réduction des contraintes externes (sociales) à l'égard des abus; et, finalement, les réserves et les défenses personnelles de l'enfant doivent être surmontées. L'existence d'un handicap entrerait probablement en ligne de compte uniquement pour les trois derniers points du modèle et plus particulièrement pour les deux derniers. Pour qu'il y ait exploitation sexuelle d'un enfant, il faut un agresseur qui a ce désir précis.

Russell (1987) a élargi ce modèle en quatre points de manière à y inclure les mécanismes qui entraîneraient la création de ces conditions dans notre société. (Voir tableau 1) Un examen de ce cheminement est utile lorsqu'on tente d'expliquer pourquoi les enfants qui présentent une déficience intellectuelle seraient plus vulnérables que les autres. Nous ne mentionnerons que les facteurs qui semblent s'appliquer uniquement aux enfants qui présentent une déficience intellectuelle, supposant que tous les autres dépendent d'autres éléments. Nous verrons que le handicap d'un enfant pourra servir à renforcer les croyances personnelles de l'agresseur et à excuser ou justifier l'agression. Quant à la victime[5], son handicap peut, indirectement, la rendre physiquement et émotivement plus vulnérable aux agressions.

La réduction des inhibitions internes de l'agresseur peut être facilitée par l'existence de certaines croyances véhiculées par la société au sujet des enfants et des relations sexuelles avec eux, croyances exacerbées par les préjugés que la société entretient au sujet des personnes qui présentent une déficience intellectuelle. Par exemple, la logique de certains adultes qui croient que l'activité sexuelle ne peut guère nuire à un enfant va encore plus loin lorsqu'ils croient en outre que l'enfant qui présentent une déficience intellectuelle « ne saura pas ce qui se passe » (Burgess, Groth, Holmstrom et Sgroi, 1978) ou que cela ne le touchera pas de toute façon (*Women Against Rape*, non datée). En outre, tout comme certains considèrent les femmes et les enfants comme des biens de consommation et justifient ainsi le fait qu'il est normal de les exploiter (Rush, 1980), d'autres considèrent les personnes ayant des troubles du développement comme des sous-humains (Morgenstern, 1973) qui ont moins de valeur que les femmes et les enfants en général. Le processus de déshumanisation qui consiste à abaisser une personne au rang d'un objet ou à en faire quelque chose de pas tout à fait humain réduit les inhibitions de l'agresseur éventuel à son égard.

La réduction des inhibitions sociales peut se faire par la formation

d'attitudes ou la création de situations particulières. Ainsi, le fait que des revues pornographiques dans lesquelles on prône l'exploitation sexuelle des jeunes filles présentent le syndrome de Down parce que personne ne croira leur témoignage (*Hustler*) traduit bien peu d'empathie envers l'enfant-victime et une telle « publicité » peut influer sur les attitudes à l'égard de l'enfant ayant des troubles du développement, parce qu'elle crée ou renforce des stéréotypes négatifs. La disparité du pouvoir entre adultes et enfants, qui peut servir à réduire les inhibitions empêchant l'exploitation sexuelle de ces derniers, est encore plus grande dans le cas des enfants affectivement perturbés ou qui dépendent des adultes. Tandis que l'enfant dit normal dépend d'un nombre limité d'adultes (enseignants, parents), l'enfant présentant des troubles du développement, à qui on doit dispenser des soins et des services supplémentaires, peut être en contact avec un beaucoup plus grand nombre d'adultes, qui le prennent en charge (Watson, 1984; Murphy et Della Corte, 1987; Hyman, 07-87). En s'en tenant uniquement aux lois de la probabilité, on peut dire que l'accroissement du nombre d'adultes qui dispensent des soins à un enfant peut augmenter les risques que l'un d'entre eux soit un agresseur. En outre, il se peut que la dépendance envers les adultes soit encouragée davantage dans le cas des enfants qui présentent une déficience intellectuelle (Watson, 1984) : il est plus facile de s'occuper d'un enfant dépendant et docile que d'un enfant indépendant et rebelle. Comme le souligne Butler (1980), les bons enfants font de bonnes victimes.

Finkelhor et associés (1986) ont dressé le tableau le plus exhaustif à ce jour des facteurs de risque visant les enfants, en procédant à l'analyse approfondie des documents sur l'inceste et sur les abus commis à l'extérieur du milieu familial (voir tableau 2). Il faut cependant souligner qu'aucune des études qui leur ont servi à établir ces facteurs de risque ne portait sur des enfants qui présentent une déficience intellectuelle. On suppose simplement que les facteurs qui rendent les enfants dit normaux plus vulnérables aux abus sexuels s'appliquent également dans le cas des enfants ayant des troubles du développement. De plus, on soutient que le fait qu'un enfant ait des troubles du développement le rend souvent plus susceptible d'être victime d'abus et ce pour des raisons qui ne sont qu'indirectement reliées à son aptitude intellectuelle.

1. L'enfant est perturbé affectivement.

Il peut y avoir carence affective lorsqu'on sépare l'enfant de sa famille, qu'on ne lui fournit pas un milieu suffisamment enrichissant

ou stimulant ou lorsqu'on l'empêche de se faire des amis ou de se créer des liens à l'extérieur de la famille. Le retrait de leur famille des enfants ayant des troubles du développement à cause de l'insuffisance des services de soutien, et leur placement dans des familles d'accueil, des foyers de groupe ou des établissements peut également entraîner une carence affective. D'autre part, certaines familles peuvent ne pas être en mesure de s'occuper d'un enfant en difficulté et créer un milieu familial dans lequel l'enfant ne reçoit ni la stimulation ni les soins dont il a besoin. Il a déjà été établi que les enfants qui présentent une déficience intellectuelle semblent plus susceptibles que les autres d'être victimes de sévices corporels et de négligence de la part de leurs propres parents (Martin, Beezley, Conway et Kempe, 1974; Alexander, 1979). On pourrait donc dire qu'un enfant qui présentent une déficience intellectuelle risque plus qu'un autre d'être retiré de sa famille. Szymanski et Jansen (1980) soulignent que certains enfants présentant des troubles du développement ont peut-être un plus grand besoin d'affection que les autres et qu'il peut être plus difficile pour les parents de le satisfaire. Cole (1986) dit que les parents d'un enfant qui présentent une déficience intellectuelle ont tendance soit à le priver d'affection soit à l'écraser de leur affection, comportements qui peuvent tous deux accroître la vulnérabilité de l'enfant.

2. L'enfant est isolé socialement.

Au départ, ce facteur de risque devait désigner uniquement l'isolement géographique, les enfants des milieux ruraux étant habituellement considérés comme plus à risque que ceux des villes (Summit et Kryso, 1978; Finkelhor, 1984; Russell, 1986). Finkelhor (1979; 1986) a proposé d'utiliser la notion d'isolement social dans son sens le plus large de manière à inclure le fait d'être isolé de ses semblables de même que l'isolement (traduction) « causé par la pauvreté, la constellation familiale, la timidité ou les systèmes de valeurs inhabituels » (1979, p. 149). Dans certains cas, la famille d'un enfant présentant des troubles du développement n'est peut-être pas en mesure d'avoir accès aux systèmes de soutien qui lui seraient nécessaires pour faire face à la situation; dans d'autres cas, la famille est coupée du reste du monde et entretient des liens uniquement avec des professionnels qui sont payés pour s'occuper de son cas. Ces deux types de familles vivent une situation d'isolement qui peut entraîner des risques accrus pour les enfants.

3. et 4. L'enfant connaît l'adulte et lui est particulièrement attaché.

Pratiquement tous les enfants sont mis en garde contre les étrangers, mais peu sont prévenus du risque d'abus de la part de quelqu'un qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance (Summit, 1983). Le fait est que les enfants sont plus susceptibles d'être agressés sexuellement par quelqu'un qu'ils connaissent que par un étranger (Finkelhor, 1979; 1986; Russell, 1984; Conte et Berliner, 1981). Les données sur les abus sexuels envers les enfants qui présentent une déficience intellectuelle examinées plus tôt révèlent qu'il est encore plus probable que l'agression sexuelle sera le fait d'un parent ou d'une personne qui donne les soins (Hard, 1986; Ryerson, 1984). Un plus grand nombre d'enfants ayant des troubles du développement dépendent des adultes, et pendant une période plus longue, pour leurs soins personnels (Varley, 1984) et ils sont également plus nombreux que les enfants dits normaux à recevoir des services spécialisés de la part d'un adulte en qui ils ont confiance (par exemple, chauffeurs d'autobus, enseignants à l'enfance en difficulté et personnel chargé des programmes en établissement) (Watson, 1984; Baladerian, non datée; Murphy et Della Corte, 1987). Donc, l'enfant présentant une déficience peut être plus vulnérable que les autres aux abus de la part d'un adulte qu'il connaît. Dans le cas d'une déficience plus grave, les auteurs ont mentionné que l'enfant peut craindre de ne pas recevoir les soins nécessaires à sa survie s'il proteste ou rapporte l'abus (PACER, 1986).[6] Étant donné le rôle essentiel qu'un grand nombre de ces adultes jouent dans la vie de l'enfant, celui-ci devient généralement très attaché à eux. Même s'il s'agit là d'une situation positive dans la plupart des cas, le fait est que l'existence d'un grand nombre de gens donnant les soins et la grande dépendance à leur égard de l'enfant présentant des troubles du développement peut soumettre celui-ci à des risques plus élevés.

5. L'enfant est sensible aux « appâts » que lui offre l'adulte.

De nombreux enfants sont vulnérables aux abus parce qu'ils désirent des objets, de la nourriture ou d'autres récompenses que l'agresseur leur offre. Les enfants qui sont pauvres, défavorisés, qui ont vécu en établissement avec très peu de possessions ou dont la liberté est brimée sont probablement plus sensibles à ce genre d'appâts. Voici un exemple : il est mentionné accessoirement dans une étude sur la sexualité dans un établissement que certaines adolescentes avaient accordé des « faveurs » sexuelles à des groupes de garçons de l'établissement simplement parce qu'elles voulaient les

récompenses qu'on leur offrait (Edgerton et Dingman, 1964; Mitchell, 1985). On enseigne généralement aux enfants une stratégie de « protection » à petite échelle, c'est-à-dire qu'on leur apprend à ne pas accepter de friandises ni de présents des étrangers (ce qui ne les empêchera pas d'en accepter d'un adulte qu'ils connaissent), ce qu'on ne fait pas nécessairement dans le cas des enfants ayant des troubles du développement. Comme nous le verrons ultérieurement lorsque nous aborderons la question de la prévention, la plupart des enfants présentant une déficience intellectuelle ne sont pas préparés à se protéger, même par les moyens les plus simples, et il est donc possible qu'ils soient plus sensibles aux différentes « récompenses » que leur offrent les adultes. Cette situation est d'autant plus compliquée que les enfants ayant des troubles du développement peuvent avoir de la difficulté à reconnaître les trucs qu'utilisent les adultes pour les manipuler (PACER, 1986; Watson, 1984; Baladerian, non datée).

6. L'enfant se sent abandonné et impuissant.

Les enfants présentant des troubles du développement ont été (traduction) « particulièrement habitués à être obéissants, polis et gentils envers les adultes » (Baladerian, non datée, p. 3). On a établi en postulat que ces enfants dépendaient des adultes à l'extrême et qu'ils ne pouvaient qu'échouer dans leurs entreprises, de manière à créer chez eux un sentiment d'impuissance (Vigilanti, non datée). Les parents ont parfois été surprotecteurs de sorte que les enfants n'ont pas un sentiment d'emprise sur leur vie au même titre que les autres enfants (PACER, 1986). En outre, l'absence de liens avec des camarades peut empêcher le développement d'une saine estime de soi (Moglia, 1986). Ce sont là des facteurs qui peuvent amener l'enfant qui a appris qu'il est différent des autres et qu'il a besoin de protection à se sentir impuissant.

7. L'enfant ignore ce qui se passe.

Il y a plusieurs années qu'un lien a été établi entre le fait que les enfants connaissent mal leur corps et leur sexualité et le risque accru d'exploitation sexuelle, et c'est pourquoi la quasi-totalité des programmes de prévention comportent des séances d'information sexuelle. Certains auteurs ont souligné que dans le cas des enfants présentant des troubles du développement il arrivait que des parents et d'autres personnes donnant les de soins nient la sexualité des enfants (Moglia, 1986; Rose, 1986; Forchuk, Pitkeathly, Cook, Allen et St. Denis McDonald, 1984; Goodman, 1973) et ne leur donnent aucune éducation sexuelle ou une éducation sexuelle très limitée (Hard, 1986; Blomberg, 1986; Sengstock et Vergason, 1970). Il s'agit

donc d'un domaine dans lequel les enfants ayant des troubles du développement sont particulièrement vulnérables. En effet, s'ils ne comprennent pas ce qui leur arrive il est peu probable qu'ils sauront qu'ils peuvent dire non. En outre, s'ils ne connaissent pas suffisamment bien leur corps, ils auront du mal à se faire comprendre lorsqu'ils essaieront de dire à quelqu'un qu'ils ont été victimes d'abus.

8. L'enfant est sexuellement refoulé et a une curiosité sexuelle. Tous les éléments mentionnés au point 7 ont comme autre conséquence de créer un milieu qui ne favorise pas l'expression d'une curiosité et d'une découverte sexuelles saines. Cela est encore plus évident dans de nombreux établissements, dans lesquels l'activité sexuelle voulue par les deux parties (y compris les baisers) est punie et découragée (Coleman et Murphy, 1980). (Traduction) « Ainsi, les adolescents qui présentent une déficience intellectuelle n'ont guère d'occasions de satisfaire une curiosité et des pulsions sexuelles tout à fait normales. Par conséquent, ils peuvent facilement devenir victimes d'exploitation et d'abus sexuels. » (Szymanski et Jansen, 1980).

9. Usage de la force.

Il n'est pas prouvé que des enfants qui présentent une déficience intellectuelle sont plus exposés que les autres à la contrainte. Il peut cependant être plus facile d'utiliser avec eux différentes tactiques coercitives telles que : les tromper, les manipuler, les soudoyer, leur faire peur ou les menacer pour les amener à faire les volontés de l'adulte. Il est important de souligner ici que l'exploitation sexuelle d'un enfant n'implique pas nécessairement l'usage de la force physique.

Dans le cas des sévices corporels, il semble que ce soient des facteurs directement liés au handicap qui, d'une certaine façon, soient responsables des abus, tels le stress des parents (Sandgrund et autres, 1974) ou les attentes irréalistes (Morse, Sahler et Friedman, 1970). Par contre, dans le cas des abus sexuels, il ne semble pas que ce soit le handicap comme tel qui crée la vulnérabilité, mais plutôt la formation et l'éducation reçues en raison du handicap, de même que le milieu dans lequel se retrouvent les enfants ayant des troubles du développement. Autrement dit, la société a créé une situation dans laquelle les enfants ayant des troubles du développement ont appris à être « de bonnes victimes ».

3

Identification des abus sexuels à l'égard des enfant

(Traduction) « La reconnaissance du fait qu'un enfant a été victime d'un abus sexual dépend entièrement de la volonté de l'individu d'envisager la possibilité qu'une telle situation puisse exister. » (Sgroi, 1975, p. 20, cité dans Summit, 1983, p. 116). Cette observation de Sgroi (1975) était à l'époque une représentation juste de la situation qui prévalait au sein du corps médical et parmi les membres des autres professions et, malheureusement, les choses se passent encore ainsi aujourd'hui dans de nombreux cas. De nos jours, au fur et à mesure que les gens commencent à s'intéresser à la question de l'exploitation sexuelle des enfants présentant une déficience, on est susceptible d'assister à une réaction du genre. Tout comme Freud ne pouvait lui-même admettre que l'exploitation sexuelle des filles par leur père était un phénomène répandu (Rush, 1980; 1983), nombreux sont ceux qui aujourd'hui ne veulent pas accepter ou croire que les enfants handicapés sont victimes d'abus (Cole, 1986). De plus, les préjugés qui existent au sujet de la sexualité des personnes handicapées créent un contexte qui favorise le rejet de l'existence de ce genre de problème.

En effet, il existe une infinité de préjugés au sujet des personnes qui présentent une déficience intellectuelle. Ainsi, certains les

considèrent comme des êtres asexués et puérils dont l'existence entière sera dépourvue de toute activité sexuelle (Rose, 1986; Szymanski, 1977; Cole, 1986). S'ajoutent à cette idée les préjugés sexistes voulant que l'exploitation sexuelle soit une question de sexe, que les gens présentant des troubles du développement ne soient pas sexuellement attirants et que les agresseurs ne puissent par conséquent pas les considérer comme des cibles possibles, le tout contribuant à créer un milieu dans lequel les gens ne croient pas que quelqu'un puisse exploiter sexuellement un enfant présentant une déficience intellectuelle. Paradoxalement, il existe également des préjugés voulant que les gens ayant des troubles du développement soient « sursexués et incapables d'inhiber leurs pulsions sexuelles » (Szymanski, 1977, p. 113-114). Soulignons ici qu'il s'agissait là d'un des arguments privilégiés des eugénistes qui favorisaient la stérilisation de toute personne étiquetée déficiente mentale (Rioux, 1979). Bien que ce préjugé visait généralement les adultes, on peut imaginer que certains puissent également entretenir de telles croyances à l'égard des enfants. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le mythe de l'enfant séducteur se retrouve dans les ouvrages sur l'exploitation sexuelle, et plus particulièrement dans les ouvrages de recherche psychanalytique et il n'y a donc pas de raison de s'attendre à ce que les auteurs de tels ouvrages n'appliquent pas la même logique (ou absence de logique) aux enfants ayant des troubles du développement. On a même trouvé un exemple du mythe de l'enfant séducteur dans un ouvrage portant sur les besoins en matière de counselling des groupes spéciaux et notamment des enfants présentant des troubles du développement (Johnson et Kempton, 1981).

Il est primordial que les parents, les professionnels et les autres dispensateurs d'aide en viennent à comprendre qu'un enfant est victime d'un abus sexuel parce qu'il est incapable de résister à cet abus et que tous les enfants sont plus ou moins impuissants à cet égard. Par conséquent, l'abus sexuel doit être considéré comme une possibilité chaque fois que les symptômes ou les paroles de l'enfant vont dans cette direction.

Symptômes chez l'enfant

L'abus sexuel peut être découvert de maintes façons, depuis la plus évidente où un adulte est témoin de l'abus, jusqu'à l'observation des

changements de comportement les plus subtils. Nous aborderons ici les différents symptômes pouvant se manifester chez un enfant qui a été victime d'un abus sexuel et nous nous intéresserons particulièrement aux enfants ayant des troubles du développement.[7]

Découverte de l'abus. Burgess et Holmstrom (1978) mentionnent la possibilité que dans certains cas un parent ou quelqu'un d'autre soit témoin de l'abus sexuel. Cela semble assez rare, se produisant par exemple lorsqu'un adulte arrive à l'improviste et arrive peut-être plus fréquemment dans le cas des abus commis dans des établissements. Lors d'une conversation avec l'auteur du présent ouvrage, Duffett (06-87) a déclaré que certaines femmes présentant des troubles du développement qui s'étaient adressées au centre d'aide aux victimes de viol avaient dit avoir été témoins d'agressions sexuelles commises envers d'autres patientes des établissements où elles se trouvaient. Il semblerait que dans ces milieux, l'agresseur ne se préoccupe pas de la présence de témoins, puisqu'il est certain qu'on ne les croirait pas de toute façon. Bien que nous nous perdions ici en conjectures (il n'est absolument pas question de ce genre de cas dans les ouvrages), il faudrait faire enquête sur la question. Si ces témoins étaient crues et jugées aptes à témoigner, la négligence de l'agresseur rendrait les poursuites beaucoup plus faciles.

Révélations verbales. Le deuxième élément révélant le plus clairement qu'il y a eu abus sexuel (après le fait d'en avoir été témoin) est le témoignage verbal de l'enfant selon lequel un adulte l'a touché ou l'a obligé à le toucher à des fins sexuelles. Il faut cependant bien se rappeler que certains enfants seulement sont capables de dire qu'ils ont été victimes d'abus sexuels. En effet, Mian (1986) a rapporté qu'un tiers des enfants victimes d'abus sexuels qui avaient été traités à un hôpital de Toronto avaient moins de six ans. Par ailleurs, les très jeunes enfants n'ont peut-être pas la capacité verbale nécessaire pour révéler l'abus dont ils ont été victimes. De plus, il faut se rappeler que seule une minorité d'enfants capables de parler révèlent explicitement à quelqu'un qu'ils ont été victimes d'un abus, particulièrement dans le cas d'une première fois (Finkelhor, 1979; Burgess et Holmstrom, 1978). Le secret est un élément crucial de la dynamique de l'exploitation sexuelle d'un enfant (Summit, 1983; Burgess et Holmstrom, 1978; Sgroi, 1982). L'agresseur use habituellement de menaces : l'enfant subira des souffrances physiques ou des catastrophes terribles s'abattront sur lui et sa famille si le « secret » est dévoilé (Rose, 1986; Sgroi, 1982; Summit, 1983). Les ouvrages sur la question regorgent d'exemples de menaces extrêmes faites à des

enfants et l'on voit clairement pourquoi les enfants ne parlent pas. La plupart des enfants ont appris à écouter les adultes et ils croient les menaces qui leur sont faites même si elles peuvent sembler farfelues à un adulte. Par ailleurs les enfants présentant des troubles du développement sont peut-être même encore plus vulnérables que les autres aux trucs, récompenses et menaces (Watson, 1984).

Dans la plupart des cas, la divulgation des abus sexuels se fait sous une forme telle que de nombreux adultes ne peuvent accepter l'information qu'ils reçoivent. Summit (1983) a consacré une grande partie de son travail à l'explication de ce phénomène. D'après lui, les adultes, compte tenu de leurs préjugés erronés sur la question des abus sexuels, s'imaginent que l'enfant « devrait » réagir de telle ou telle manière (dénoncer l'abus immédiatement, se venger, etc.). Mais le fait est que l'agresseur a exercé sur l'enfant une pression immense pour qu'il ne divulgue son secret en aucune circonstance. Et lorsque l'enfant se décide à parler c'est le plus souvent « à retardement », c'est-à-dire longtemps après l'événement, ou de manière « contradictoire » et « non convaincante », par exemple à un moment qui, pour l'adulte, est tout à fait inapproprié ou déplacé. Le tableau est d'autant plus compliqué que même si l'enfant est cru et que des mesures sont prises, la progression psychologique « normale » d'un enfant qui a vécu un tel traumatisme l'amène à se rétracter une fois qu'il réalise l'effet dévastateur qu'a eu la divulgation de l'abus sur sa vie et sur la vie des autres (Summit, 1983). Hyman (17-07-87) estime que les enfants qui présentent une déficience intellectuelle sont peut-être même plus susceptibles que les autres de se rétracter et de dire qu'ils n'ont jamais été victimes d'abus, soit qu'ils craignent davantage de vivre éloignés de leurs familles, soit qu'ils soient intimidés par leur famille qui met en doute leur révélation. Mais quoi qu'il en soit, Hyman souligne qu'il est normal de se rétracter à la suite de la divulgation d'un abus sexuel.

Les chercheurs n'ont pas encore étudié la question de la divulgation des abus sexuels de la part des enfants et des adolescents ayant des troubles du développement et les cliniciens n'ont pas encore recueilli des données complètes sur le sujet, de sorte que les observations des personnes faisant de la prévention auprès des enfants et des adolescents ayant des troubles du développement constituent notre seule source d'information. On a mentionné que les révélations faites par les personnes ayant un trouble du développement pouvaient sembler étranges aux gens qui n'étaient pas renseignés sur la question ou qui n'étaient pas prêts à recevoir ce type

d'information. Anderson (06-87) sait par expérience que les adolescents peuvent dévoiler devant un groupe de personnes l'abus dont ils ont été victimes, avec moult détails visuels tout en restant assez imperturbables. Duffet (05-87) abonde dans son sens mais estime que cette indifférence peut être trompeuse puisque de nombreux adolescents et adultes de ces groupes étaient sous l'effet de différents médicaments qui perturbent l'état affectif. Les observations recueillies démontrent que la manière dont les abus sont dévoilés varie beaucoup d'un individu à l'autre. On souligne le fait que les adultes devraient écouter ce que l'enfant ou l'adolescent a à dire et répondre à ses besoins plutôt que d'essayer de lui dicter comment il « devrait » réagir.

On ne sait pas exactement quel est le pourcentage des enfants victimes d'abus sexuels qui rapportent l'événement directement à quelqu'un, mais les études rétrospectives telles que celles de Finkelhor (1979) et de Russell (1984) indiquent que très peu de cas (environ 5 %) sont rapportés à la police. Il semble également y avoir un mécanisme de « triage » des abus de sorte que ceux commis à l'intérieur de la famille sont rarement rapportés à la police, tandis que ceux commis par des étrangers le sont plus couramment (Russell, 1983).

On ne connaît pas non plus le nombre exact de divulgations que les enfants et les adolescents qui présentent une déficience intellectuelle ont faites à des membres de leur famille ou à la police. La meilleure évaluation de la situation nous est fournie par l'étude de Hard (1986) sur les adultes d'un centre d'adaptation au travail. On y révèle que 64 % des femmes et 40 % des hommes qui avaient été victimes d'abus sexuels l'on dit à quelqu'un. Bien que les personnes n'aient pas vécu toutes ces expériences pendant leur enfance, les chiffres sont intéressants à connaître. Comme il fallait s'y attendre, dans tous les cas d'abus sexuels qui n'avaient *pas* été divulgués, l'agresseur était un membre de la famille (Hard, 1986).

Révélations non verbales. Burgess et Holmstrom (1983) mentionnent que bien que de nombreux enfants ne révèlent ou ne puissent révéler verbalement à personne avoir été victimes d'abus, certains peuvent le signaler de façon non verbale. Les auteurs donnent comme exemples de communications non verbales le fait qu'une enfant arrive chez elle sans ses vêtements, qu'elle disparaisse pour la nuit ou qu'elle devienne enceinte très jeune. L'accumulation d'argent ou de friandises constitue également un indice significatif quoique moins évident. Les enfants qui ont peur de parler mais qui désirent le faire peuvent parfois exécuter des dessins ou des

peintures dans lesquels ils incluent leur représentation de l'abus afin d'essayer d'attirer l'attention sur leur situation (Burgess et Holmstrom, 1978). On ne sait pas s'il arrive souvent que les enfants donnent de tels indices pas plus qu'on ne sait combien de ces indices ne sont jamais perçus ou compris.

Signes et symptômes cachés. De nombreux auteurs ont publié des listes de signes et de symptômes qui peuvent se retrouver chez les enfants qui ont été victimes d'abus sexuels (Minnesota Dept. of Corrections, 1983; Conte, 1986; Watson, 1984; Murphy et Della Corte, 1987). Ces (traduction) « symptômes varient avec l'âge de l'enfant, la nature du traumatisme et la force du moi de l'enfant » (Price et Valdiserri, 1981, p. 232). Certains de ces signes et symptômes ont été découverts à la suite de l'examen médical et psychologique d'enfants qui avaient révélé avoir été victimes d'abus sexuels. D'autres, associés à ce qu'on appelle les « cas cachés », ont été découverts lorsqu'un enfant était amené en consultation pour un problème donné et qu'après un examen plus approfondi on constatait qu'un abus sexuel était à l'origine du trouble.

SIGNES ET SYMPTÔMES PHYSIQUES. Certains des symptômes figurant sur ces listes sont purement physiques, tels « infections ou douleurs des parties génitales » (Minnesota Dept. of Corrections, 1983, p. 4), « écoulement du vagin ou du pénis », « ecchymoses ou saignements dans la région génitale ou anale » (Watson, 1984, p. 18), « difficulté à marcher », « sous-vêtements déchirés, tachés ou ensanglantés » (Murphy et Della Corte, 1987, p. 2) et grossesse (Sgroi, 1982). Il est évident qu'il s'agit là de symptômes assez clairs qui nécessitent toujours une action rapide et habituellement une intervention médicale. En présence de tels signes, des mesures s'imposent, même si l'abus sexuel n'est pas à l'origine du problème.

Hunter, Kilstrom et Loda (1985) rapportent que les « symptômes génitaux » étaient les signes « cachés » les plus courants et qu'ils existaient dans 36 % des cas cachés. Dans une autre étude sur des enfants amenés à l'hôpital parce qu'on soupçonnait ou qu'on savait qu'ils avaient été victimes d'abus sexuels, on dit que 16 % de ces enfants avaient subi un trauma dans la région génitale et que 24 % d'entre eux présentaient des signes d'infection (Rimisza et Niggemann, 1982). On souligne également que six enfants ont été conduits à la clinique parce qu'ils présentaient les « symptômes d'une infection » et qu'on a découvert par la suite qu'un abus sexuel était à l'origine du problème.

Ce ne sont pas tous les enfants victimes d'abus sexuels qui présentent ce type de trauma (Price et Valdiserri, 1981). En effet, les auteurs d'une étude canadienne, Mian et autres (1986), rapportent que 24 % des enfants de moins de 6 ans présentaient des symptômes physiques seulement, tandis que 12 % présentaient, au moment où ils ont divulgué l'abus sexuel, des symptômes physiques associés à d'autres types de symptômes, et que près des deux tiers des enfants ne présentaient aucun symptôme physique. La recherche sur les abus sexuels envers les garçons indique qu'ils sont un peu plus susceptibles que les filles de subir des blessures (Ellerstein et Canavan, 1980) quoique cette conclusion n'ait pas encore été corroborée dans d'autres études.

SYMPTÔMES PHYSIQUES NON GÉNITAUX. Burgess et Holmstrom (1978) citent en exemple le cas d'une fillette de 11 ans hospitalisée parce qu'elle souffrait de vives douleurs abdominales. Une fois à l'hôpital, les douleurs, les vomissements et la diarrhée cessent. Interrogée par sa mère, elle révèle avoir été violée quatre fois par son père. Hunter, Kilstrom et Loda (1985) font état de situations semblables et rapportent que 12 % des enfants qui avaient été victimes d'abus sexuels mais n'en avaient pas parlé ont été conduits à l'hôpital parce qu'ils souffraient de douleurs abdominales d'origine « psychosomatique ». Ce genre de données nous montrent clairement que ce serait faire fausse route que de s'en tenir uniquement aux signes apparaissant dans la région génitale pour « prouver » qu'il y a eu abus sexuels.

Un abus sexuel peut être décelé à partir des symptômes physiques si l'adulte avec qui l'enfant entre en contact a les connaissances nécessaires. La plupart des enfants non handicapés seront amenés chez le médecin de famille, à la clinique ou à l'hôpital s'ils ont mal quelque part ou s'ils présentent des symptômes clairs. Par contre, les enfants vivant en établissement et de nombreux enfants vivant dans des foyers de groupes n'ont pas accès aux services médicaux standards et c'est plutôt un médecin qui se rend sur place. Malheureusement, cette politique peut avoir comme résultat que les symptômes de l'enfant sont examinés de façon moins approfondie (par exemple, les hôpitaux ont souvent recours à une équipe spécialisée dans les abus sexuels). En outre, l'enfant qui est amené à l'hôpital rencontre de nombreuses personnes et il y a des chances que l'une d'elles ait la formation voulue pour déceler les abus sexuels, tandis que l'enfant qui vit en établissement est totalement dépendant de la compétence (ou de l'incompétence) d'un seul médecin. Il s'agit là d'un problème grave sur lequel il faut se pencher.

SYMPTÔMES LIÉS AU COMPORTEMENT. Les modifications du comportement sont probablement les symptômes les plus fréquents. La recherche ne rend cependant pas compte de ces symptômes. En l'absence d'autres symptômes, il est possible que des parents ne s'aperçoivent pas que leur enfant présente de tels signes. De plus, même si on décelait des troubles de comportement chez l'enfant, il est peu probable qu'on amène ce dernier consulter un médecin. La meilleure liste des types de comportements liés au abus sexuels est celle du Sgroi (1982) qui est reproduite au tableau 3. Les parents et les professionnels sont parfois perdus devant des listes du genre parce que de nombreux symptômes qui y figurent peuvent être dus à d'autres traumatismes ou faire partie d'une « étape » normale du développement d'un enfant. Sgroi (1982) souligne que bien que ces symptômes puissent être un indice qu'il y a eu abus sexuel, ils ne constituent pas une preuve en eux-mêmes. Berliner (02-85) mentionne que ce sont les ensembles de symptômes, les groupes de signes ou les transformations du comportement habituel de l'enfant qui doivent attirer l'attention. Conte (1986) est d'avis que les listes de symptômes doiven'essayer d'obtenir plus de renseignements. Certains comportements des enfants, tels (traduction) « un comportement sexualisé avec les camarades, les jouets ou les animaux, des connaissances ou des propos sexuels qui sonntionne que ce sont les ensembles de symptômes, les groupes de signes ou les transformations du comportement habituel de l'enfant qui doivent attirer l'attention. Conte (1986) est d'avis que les listes de symptômes doivent nouveaux ou inhabituels chez un enfant donné et des traumas aux organes génitaux sont tous des éléments fort probablement liés à un abus sexuel. » (p. 25-26). Conte poursuit en soulignant que lorsque le parent, ou la personne qui s'occupe de l'enfant, observe l'un de ces signes il doit *toujours* approfondir la situation et lorsqu'il soupçonne qu'il y a peut-être eu abus sexuel il doit avertir les organismes compétents.

Conte (1986) mentionne également « qu'il arrive qu'aucun de ces symptômes ne soit présent et que l'enfant ait tout de même été victime d'abus » (p. 24). Une étude de Conte, Berliner et Schuerman (1986) révèle que bien que « le nombre moyen de signes et de symptômes apparents soient de 3,5 », 21 % des victimes relevées ne présentaient aucun de ces symptômes (cité dans Conte, 1986). Mian et autres (1986) rapportent que 30 % des enfants de moins de six ans qui avaient révélé avoir été victimes d'abus sexuels qui ont été examinés au Toronto Sick Children's Hospital présentaient uniquement des symptômes comportementaux, 12 % présentaient une combinaison de symptômes physiques et comportementaux et 26 % ne

présentaient aucun symptôme. Voici donc encore une fois des données qui contredisent la croyance selon laquelle aucune plainte ne peut être corroborée s'il n'y a pas de symptômes physiques.

On a dit qu'il était difficile d'utiliser ces listes d'indices avec les enfants présentant des troubles du développement. Davies (06-87) a affirmé que bon nombre des symptômes que présentaient les enfants ayant subi des abus sexuels correspondaient au comportement habituel des enfants présentant des troubles du développement. Cole (1986) mentionne par ailleurs que les (traduction) « réactions et les adaptations affectives de quelqu'un dont on a détruit l'intégrité par une agression étaient les mêmes que celles d'une personne qui avait perdu son intégrité du fait qu'elle vivait en établissement. Parce qu'elles se voient refuser leur liberté, la capacité de prendre des décisions, leur intimité, leur autonomie financière et leur autonomie tout court, et parce qu'elles ont le sentiment de n'avoir aucun pouvoir, un grand nombre de personnes vivant en établissement présentent les caractéristiques externes de quelqu'un qui a été victime d'abus, de sorte qu'il est parfois difficile de savoir qui a été victime d'abus et qui ne l'a pas été. » (p. 82) Il se peut que la recherche confirme un jour l'existence de tels symptômes pour tous les enfants, handicapés ou non, et il ne serait pas prudent en attendant de supposer qu'ils ne s'appliquent pas. On constatera probablement que les éléments mentionnés plus tôt par Berliner, et plus particulièrement l'observation de transformations du comportement, constituent les meilleurs indices qui soient. Des données cliniques contenues dans plusieurs articles montrent qu'après avoir subi une agression sexuelle, des enfants présentant des troubles du développement avaient présenté des modifications du comportement correspondant à celles figurant sur la liste de Sgroi (Bernstein, 1985; PACER, 1986; Longo et Gochenour, 1981).

Si les parents et les chargés de soins ne savent pas à quoi être attentifs ils ne sauront pas percevoir les transformations du comportement et, parfois même, les symptômes physiques révélateurs d'abus sexuels. En outre, si les chargés de soins ont des idées préconçues ou des préjugés négatifs à l'endroit des enfants handicapés ils pourront attribuer le comportement différent de l'enfant au fait que celui-ci est handicapé alors qu'il s'agira en fait du résultat d'un abus sexuel. Nous vous donnerons maintenant un exemple d'idée préconçue. Dans les ouvrages sur la sexualité des personnes qui présentent une déficience intellectuelle il est constamment question du fait qu'ils se masturbent et se déshabillent en public et des

problèmes que cela entraîne (Simonds, 1980; Coleman et Murphy, 1980; Foxx, 1976) : bien qu'il soit clair que dans de nombreux cas ces comportements soient dûs à une éducation sexuelle inappropriée, au manque d'intimité et à la répression des pulsions sexuelles dans les établissements, la possibilité que certains des enfants qui agissent ainsi puissent avoir été victimes d'abus sexuels n'est *jamais* envisagée. Dans une garderie ou une école où les enfants ne sont pas étiquetés, il est peu probable que de tels comportements seraient punis ou ignorés. Vigilanti (non datée) est la seule auteure connue à ce jour qui ait résumé les symptômes que présentaient les enfants présentant une déficience intellectuelle et ayant été victimes d'abus sexuels qu'elle avait eu à traiter. Ces symptômes étaient (traduction) « la régression à des comportements plus infantiles, l'énurésie, les troubles de l'alimentation, les passages à l'acte pour obtenir de l'attention, les comportements déviants, les plaintes répétées de douleurs physiques, l'automutilation, la masturbation excessive, la dépression, le retrait dans les fantasmes ou dans un certain type d'état dissociatif, les infections génitales fréquentes, les comportements hyperactifs ou agités, les idées et les comportements suicidaires et les crises d'hystérie » (p. 9). Il est évident que des symptômes et des comportements aussi importants doivent être traités de façon appropriée pour que l'enfant ou l'adolescent puisse se rétablir et parvenir à envisager sainement sa vie et sa sexualité.

Résultats de la découverte ou de la divulgation de l'abus sexuel

Il a été démontré que l'identification des symptômes « cachés » pouvait mener à la découverte de l'abus sexuel et à la divulgation de l'abus par les enfants. Lorsque cela se produit, c'est que le médecin, l'infirmière ou la travailleuse sociale ont examiné de près les symptômes physiques et les symptômes liés au comportement parce qu'ils soupçonnaient qu'il y avait eu abus, et c'est cet examen qui a rendu crédible la divulgation qu'a faite l'enfant par la suite. Dans d'autres situations où l'enfant révèle un abus sans bénéficier d'un appui ou sans y être incité, on peut ne pas le croire ou ne pas approfondir les choses. Hard (1986), dans le cadre d'une ingénieuse annexe à son étude, a demandé aux personnes présentant des troubles du développement qui avaient dit avoir révélé à quelqu'un qu'elles avaient été victimes d'un abus, ce qui s'était produit après ces divulgations. Le tableau 4 fait état des résultats de cette série de

questions. Il existe à cet égard des écarts considérables entre les sexes. En effet, plus de la moitié des femmes qui ont révélé un abus n'ont pas été crues tandis que tous les hommes l'ont été. L'arrêt des abus à la suite de la divulgation était également lié au sexe de la personne (voir tableau 5) : une fois que l'homme avait révélé l'abus, cette pratique avait cessé dans 100 % des cas, tandis que 75 % seulement des femmes qui avaient révélé un abus sexuel, et qui avaient été crues, cessaient d'être exploitées sexuellement. Par ailleurs, 55 % des femmes qui avaient révélé un abus sexuel mais n'avaient pas été crues continuaient d'être victimes d'abus. Cette étude montre que le sexisme est un élément clé dans la crédibilité accordée à la révélation de l'enfant ou de l'adolescent. Elle montre également à quel point il est important d'assurer la protection de l'enfant après qu'il a révélé l'abus, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'une fille.

Faux aveux. Les données que nous venons d'examiner nous amènent à parler du fait que les adultes croient que les enfants et les adolescents ne disent pas la vérité au sujet des abus sexuels. Il faut bien se rappeler que lorsque des enfants révèlent un abus, il ne font pas de « déclarations » ni « d'allégations », ils disent simplement ce qui leur est arrivé (Gossage, 17-12-86) et, comme nous l'avons vu précédemment, peu d'enfants révèlent avoir été victimes d'abus, quelles que soient les circonstances. Jones (1985; cité dans Conte, 1986), après avoir examiné 576 cas d'enfants qui avaient révélé avoir été victimes d'abus sexuels a constaté que moins de 8 % des déclarations étaient fausses. De ces fausses déclarations, un quart seulement avaient été faites par des enfants, le reste ayant été fait par un parent ou un autre adulte. Conte (1986) souligne qu'il arrive rarement qu'un enfant fabrique une situation de toutes pièces et que nous devrions considérer les déclarations d'un enfant au même titre que celles d'autres témoins, c'est-à-dire comme susceptibles d'être sûres, déformées, justes, etc. (Traduction) « Rien ne prouve que de nombreux enfants fassent volontairement de fausses déclarations ou interprètent mal des relations tout à fait appropriées entre un adulte et un enfant et déclarent par la suite avoir été victimes d'un abus sexuel. » (Conte, 1986, p. 13). Lefkowitz (06-87) souligne qu'il n'y a pas de corrélation entre l'âge d'un enfant et son degré d'honnêteté et que certains enfants mentent tout comme certains adultes mentent. Toutefois, il est peu probable qu'un enfant puisse imaginer une situation à partir d'éléments qui ne font pas partie de sa réalité quotidienne. L'auteure mentionne que certaines « fausses déclarations » étaient dues au fait que l'enfant avait été

malencontreusement exposé à du matériel pornographique sans avoir été victime d'un abus sexuel proprement dit. On avait donc évalué correctement que l'enfant possédait « des connaissances inappropriées en matière sexuelle ». On considère que les déclarations ou allégations fausses en matière sexuelle sont ni plus ni moins fréquentes que dans le cas d'autres types de crimes. Lorsqu'il y a fausse déclaration, celle-ci a habituellement été faite par un adulte, et non par un enfant. Les enfants ont généralement tendance a diminuer la gravité de l'abus plutôt qu'à l'exagérer et, par conséquent, les erreurs qu'ils commettent lorsqu'ils divulguent l'abus consistent généralement à omettre des détails plutôt qu'à en rajouter (Lefkowitz, 06-87; Croezen, 06-87).

Il n'a jamais été prouvé — bien qu'aucune recherche n'ait été faite en ce domaine — que les enfants présentant des troubles du développement fassent plus de fausses déclarations que les autres. Blomberg (06-87) a mentionné que la capacité de fonctionner en général étant diminuée chez ces enfants, leur capacité de mentir l'était également. Elle dit en outre être d'avis que les enfants et les adolescents ayant des troubles du développement mais ne présentant pas de problèmes de comportement mentent moins que les autres. Stigall (06-87) a même dit que les enfants qui présentent une déficience intellectuelle feraient de bons témoins parce que, d'après son expérience, ils ne mentaient pas. Pour Hyman (17-07-87), la question importante en matière de fausses déclarations concerne l'identification de l'agresseur. Elle mentionne que parce qu'il a peur du véritable agresseur, l'enfant qui présente une déficience intellectuelle que l'on interroge au sujet de l'abus peut, à dessein, désigner une autre personne que l'agresseur. L'enfant ne nie pas alors qu'il y a eu abus pas plus qu'il ne fournit de renseignements erronés au sujet de l'abus mais il dit simplement que l'agresseur est une autre personne. Hyman (17-07-87) souligne que cela se produit souvent dans les cas d'abus par un membre de la famille, et particulièrement lorsque l'agresseur est le père. Hyman a constaté qu'en interrogeant l'enfant sur différents aspects de l'abus mais en ne lui demandant pas « qui est l'agresseur » elle parvient à se faire une assez bonne idée de qui il s'agit. Puis, finalement, lorsqu'elle pose la question à l'enfant, celui-ci désigne moins souvent la mauvaise personne et Hyman est alors en mesure de dire si oui ou non il a identifié le véritable agresseur. Une erreur en la matière peut être déterminante à deux niveaux. Premièrement, elle peut mener à l'arrestation d'un innocent et, deuxièmement, si les dires de l'enfant ne s'appuient sur

aucune preuve, on supposera que celui-ci a menti au sujet de l'*abus* et non pas seulement au sujet de l'identité de l'agresseur.

Sgroi (1982) présente les méthodes les plus détaillées et les mieux acceptées de « validation » des cas d'abus sexuels, et même si elles ne portent pas précisément sur les enfants qui présentent une déficience intellectuelle il serait facile de les adapter à cette réalité. (Pour plus de détails, voir Sgroi, 1982.) Ce type de procédure de validation est primordial pour l'évaluation des besoins de la victime en matière de counselling tout en étant un élément essentiel à la préparation des procédures judiciaires. Sgroi (1982) souligne que : (traduction) «En matière d'abus sexuels, la détermination de la véracité de la déclaration de l'enfant est d'abord et avant tout une question de foi. Soit que vous croyez l'histoire de l'enfant soit que vous ne la croyez pas. Si vous exigez que les dires de l'enfant soient corroborés par des preuves physiques, des témoins ou encore une confession de la part des agresseurs, vous " neutraliserez " un grand nombre de cas. » (p. 69).

4

Répercussions des abus sexuels

Théories sur les répercussions psychologiques

Les répercussions des abus sexuels varient d'un enfant à l'autre et les théories en la matière tentent d'expliquer et de prédire les différentes répercussions possibles pour différents enfants et pour différentes situations. Bien que ces théories n'aient jamais été appliquées précisément dans le cas des enfants présentant des troubles du développement, rien ne laisse croire que les répercussions sur ces enfants doivent être différentes de celles sur les autres enfants. Nous supposerons par conséquent que les répercussions des abus sexuels varient d'un enfant à l'autre et d'une situation à l'autre et qu'elles sont parfois indépendantes du handicap de l'enfant et parfois partiellement liées à ce handicap.

Certains auteurs mentionnent que les effets de l'abus sexuel dépendent d'une variété de facteurs démographiques et situationnels, tels l'âge de la victime, la présence ou l'absence de force physique et la durée de l'exploitation sexuelle (Russell, 1984; Finkelhor, 1979). Finkelhor et Browne (1985) se sont écartés de cette ligne de

pensée pour formuler « quatre principes traumatogènes » qui permettraient d'expliquer l'étiologie des répercussions des abus sexuels sur les enfants. Bien que cette théorie n'ait pas été testée empiriquement, elle constitue un cadre valable pour l'étude des effets des abus sexuels. Nous examinerons ici chacun des quatre éléments en les appliquant aux enfants ayant des troubles du développement.

1) sexualisation traumatisante — (Traduction) « Il s'agit d'un processus au cours duquel la sexualité de l'enfant (y compris les sentiments d'ordre sexuel et les attitudes sexuelles) prend, à la suite d'un abus sexuel, des formes inappropriées du point de vue du développement et des rapports interpersonnels de même que du point de vue du fonctionnement. » (Finkelhor et Browne, 1985, p. 531).[8] Summit souligne qu'étant donné le secret extrême qui entoure les abus sexuels à l'égard des enfants, les enfants sont (traduction) «entièrement dépendants de l'agresseur pour ce qui est de la réalité donnée à l'expérience » (p. 181). Cet état de fait risque d'être exacerbé dans le cas des enfants qui n'ont pas reçu d'éducation sexuelle ou qui n'ont pas accès à d'autre information (il a été démontré que tel était le cas de nombreux enfants présentant des troubles du développement).

2) trahison — Il s'agit de (traduction) « la dynamique par laquelle les enfants découvrent que quelqu'un dont ils dépendent pour leur survie leur a fait du mal. » (Finkelhor et Browne, 1985, p. 531). Puisque l'enfant qui présente une déficience intellectuelle est plus susceptible d'être victime d'abus de la part de quelqu'un chargé d'en prendre soin (Voir Prévalence des abus sexuels) on retrouvera presque toujours cette dynamique dans son cas.

3) impuissance — Il s'agit du (traduction) « processus par lequel la volonté, les désirs et le sentiment d'efficacité de l'enfant sont continuellement entravés » (Finkelhor et Browne, 1985, p. 532). Cette dynamique peut être exacerbée dans le cas des enfants dont la volonté, les désirs et le sentiment d'efficacité sont déjà minés et ignorés, comme c'est le cas de certains enfants vivant en établissement (Wooden, 1976).

4) stigmatisation — (Traduction) « Se rapporte aux connotations négatives . . . qui sont communiquées à l'enfant lors de cette expérience et qui deviennent par la suite intégrées à l'image de soi de l'enfant » (p. 532). Summit (1983) approfondit en disant qu' (traduction) « un enfant qui n'a aucune connaissance des questions

d'ordre sexuel, même si l'expérience sexuelle elle-même n'entraîne pour lui ni douleur ni gêne, sera tout de même stigmatisé par un sentiment de faute et de danger dû au secret entourant toute l'affaire » (p. 181). Voilà une affirmation de taille réfutant l'idée selon laquelle les enfants qui présentent une déficience intellectuelle ne sont pas affectés par un abus sexuel s'ils ne savent pas ce qui leur arrive. Cette dynamique serait bel et bien présente dans leur cas également.

Effets à court terme : au cours de l'enfance

Il existe de nombreux articles sur les effets des abus sexuels à l'égard des enfants (Friedrich et Reams, sous presse; Katan, 1973; Bender et Blau, 1937; Elonen et Zwarensteyn, 1975; Blumberg, 1979; Summit, 1983). Nous examinerons ici les effets le plus souvent mentionnés dans le cas des enfants ayant des troubles du développement.

Summit (1983) présente une théorie des effets qu'il intitule « *Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome* » (Le syndrome de l'accommodation chez l'enfant victime d'abus sexuel) et dont la compréhension est selon lui (traduction) « essentielle pour pouvoir fournir une explication non teintée de préjugés du comportement de la victime qui semble en être un de camouflage et de stigmatisation » (p. 179). Summit souligne que dans la plupart des cas l'abus sexuel envers un enfant ne constitue pas un incident isolé mais s'inscrit plutôt dans un processus répétitif qui comporte souvent des exigences sexuelles de plus en plus poussées. Summit mentionne qu'à force d'être victime d'abus sexuels et de vivre dans l'impuissance, l'enfant tente d'acquérir un certain sentiment de contrôle en développant un mécanisme interne pour s'adapter à la situation. Par exemple, une enfant peut se dire qu'elle mérite d'être victime d'abus sexuels parce qu'elle est une mauvaise fillette, ou encore qu'elle protège ses frères et soeurs plus jeunes en étant la victime de son père. L'enfant peut également exprimer ouvertement sa rage soit en se mutilant (Summit, 1983), en tentant de se suicider (Goodwin, 1981, Summit, 1983) et en affichant des comportements sexuels exagérés (Summit, 1983; Silbert et Pines, 1981). Summit (1983) mentionne également que les garçons victimes d'abus sexuels peuvent réagir différemment en ce sens qu'il est possible qu'ils tolèrent moins bien leur sentiment d'impuissance et qu'ils cherchent à agresser sexuellement les autres pour

avoir l'impression de contrôler la situation. Summit souligne bien que tous ces comportements font partie des techniques de survie de l'enfant (p. 186).

Dans une étude des très nombreux ouvrages cliniques et empiriques sur la question, Browne et Finkelhor (1986) rapportent que la peur, la colère, l'hostilité, un sentiment de culpabilité et de honte, la dépression, l'angoisse et la détresse sont les effets que l'on rencontre le plus souvent chez les enfants qui sont victimes d'abus sexuels. Les auteurs disent également que ces enfants se livrent à des activités sexuelles inappropriées telles se masturber en public, manifester une curiosité excessive pour les questions sexuelles et montrer fréquemment leurs organes génitaux.

Le rapport de Varley (1984) est le seul qui ait été publié sur les effets des abus sexuels chez les enfants présentant des troubles du développement. Le docteur Varley avait eu à traiter trois femmes « déficientes mentales » pour lesquelles on avait posé un diagnostic de psychose schizophréniforme.[9] Une fois les psychoses traitées, les trois patientes ont révélé avoir été agressées sexuellement. Le docteur Varley est d'avis que les jeunes filles qui présentent une déficience intellectuelle sont mal préparées à faire face à leur sexualité naissante et sont donc moins aptes à se défendre contre les agressions sexuelles. Il estime également qu'elles seraient même plus susceptibles que les autres de subir un traumatisme psychologique grave à la suite d'un abus sexuel.

Effets à long terme : à l'âge adulte

Une autre façon d'examiner les répercussions des abus sexuels consiste à se pencher sur les séquelles dans l'âge adulte. On procède habituellement en évaluant, à l'aide d'une série de mesures, la santé mentale des adultes qui ont été victimes d'abus et la santé mentale des adultes qui ne l'ont pas été. De telles études ont révélé que les adultes qui avaient été victimes d'abus au cours de leur enfance étaient plus déprimés (Badgley et Ramsay, 1986; Peters, 1984), plus autodestructeurs (Briere, 1984, cité dans Finkelhor et associés, 1986; Badgley et Ramsay, 1986; Herman, 1981), plus angoissés (Briere, 1984, cité dans Browne et Finkelhor, 1986; Badgley et Ramsay, 1986) et qu'ils avaient par ailleurs une image d'eux-mêmes plus négative (Badgley et Ramsay, 1985). D'autres études (qui sont résumées dans Browne et Finkelhor — 1986) ont également révélé

que les adultes qui ont été victimes d'abus sexuels pendant leur enfance ont des rapports difficiles avec leurs enfants et avec des conjoints du sexe opposé. En outre, une constatation troublante a été faite à maintes reprises : les femmes qui ont été victimes d'abus sexuels lorsqu'elles étaient enfants sont plus susceptibles d'être à nouveau victimes d'abus à l'âge adulte (Russell, 1984; Briere, 1984, cité dans Browne et Finkelhor, 1986). Hard (1986) a également constaté ce phénomène chez son échantillon de femmes présentant des troubles du développement qui avaient été victimes d'abus sexuels. Les données qu'elle a recueillies indiquent que cette situation n'est pas aussi courante chez les hommes qui ont été victimes d'abus sexuels au cours de leur enfance. Hyman (17-07-87) souligne qu'il lui est arrivé extrêmement rarement de trouver une femme présentant une déficience intellectuelle qui ait été victime d'un seul abus sexuel. (Voir Russell — 1986 pour une étude complète du phénomène.)

On peut dire en résumé que les abus sexuels ont entraîné à court terme des désordres pathologiques chez 20 à 40 % des enfants traités par des cliniciens (Browne et Finkelhor, 1986, p. 72). Par ailleurs, moins de 20 % des adultes ayant été victimes d'abus sexuels au cours de leur enfance sont encore gravement perturbés par les leurs séquelles de ces abus (Browne et Finkelhor, 1986). Il est également fréquemment fait état d'effets négatifs plus subtils, tant à long qu'à court terme, mais ceux-ci sont plus rarement portés à l'attention des cliniciens. Bien que certains soutiennent encore l'idée selon laquelle les abus sexuels subis au cours de l'enfance ne causent aucun tort (par exemple Johnson et Kempton, 1981), celle-ci ne peut plus s'appuyer sur les ouvrages empiriques sur la question.

5

Traitement de l'enfant victime d'un abus sexuel

Traitement médical

Une fois qu'on a déterminé que l'enfant a été victime d'un abus sexuel, il est primordial de procéder à un examen médical, principalement afin de vérifier si l'enfant a des blessures ou des infections qui doivent être traitées et aussi parce que ce genre d'examen peut parfois permettre de recueillir des preuves physiques de l'abus qui pourront être utilisées ultérieurement lors des poursuites judiciaires. Bien que peu d'enfants présentent des blessures à la suite d'un abus sexuel, les nouvelles techniques de détection des tissus déchirés (McCauley, Gorman et Guzinski, 1986) et des tests plus poussés de dépistage des maladies vénériennes même en l'absence de symptôme (Silber et Controni, 1983) font qu'il est dorénavant plus probable que des preuves physiques seront trouvées. Une autre importante raison de procéder à un examen médical est de pouvoir garantir à l'enfant que l'agression ne lui a pas causé des torts permanents (Conte, 1986).

Traitement psychologique

Le traitement psychologique de l'enfant victime d'un abus sexuel est un processus compliqué qui varie selon que l'abus a été commis par un membre de la famille ou par un étranger, de même que selon la perspective du thérapeute, du clinicien ou du travailleur social. Dans le cas d'un abus commis par un membre de la famille, on traite habituellement toute la famille. Dans le cadre d'une étude des programmes de traitement utilisés aux États-Unis, Forseth et Browne (1981) ont constaté qu'il existait une très grande variété de programmes. Ils en sont venus à la conclusion que l'approche interdisciplinaire, comportant habituellement une thérapie familiale, une thérapie individuelle et l'intégration de l'agresseur dans un groupe de thérapie pour les agresseurs, était habituellement la plus efficace.[10] Par contre, dans le cas d'abus commis par quelqu'un qui n'est pas un membre de la famille on traite habituellement uniquement les victimes de l'abus.

Il est maintenant facile d'avoir accès à de nombreux ouvrages d'information sur le traitement des abus sexuels. Des ouvrages de référence tels que ceux de Sgroi (1978 et 1982) et Burgess, Groth et Holmstrom constituent les meilleures sources d'information qui soient pour le traitement des abus sexuels commis par quelqu'un qui n'est pas un membre de la famille. Des ouvrages spécialisés tels que celui de Mayer (1983) constituent également d'excellentes ressources pour le traitement des abus sexuels commis par un membre de la famille. Il existe cependant très peu d'information sur le traitement des enfants présentant une déficience intellectuelle qui ont été victimes d'abus sexuels. Baladerian, Dankowski et Jackson (1986) ont constitué un recueil de renseignements — le seul à notre connaissance — à l'intention des personnes qui présentent une déficience intellectuelle et qui sont victimes d'abus sexuels. Ce recueil intitulé *Survivor* comporte deux niveaux de lecture, un pour les parents et un pour les professionnels, et il constitue une excellente ressource pour aider les enfants. Szymanski et Jansen (1980) soulignent qu'il n'est pas nécessaire que le traitement des personnes présentant des troubles du développement soit vraiment différent de celui des personnes dites normales. Il existe un ouvrage de Johnson et Kempton (1981) qui, malgré son titre prometteur, n'est absolument pas utile puisque les auteurs nient en fait que les abus sexuels puissent porter préjudice à l'enfant et perpétuent la croyance

selon laquelle certains enfants cherchent à être exploités sexuellement. Ils disent par exemple que (traduction) : « Les jeunes filles prennent parfois l'initiative ou du moins encouragent le comportement sexuel à leur endroit d'hommes qu'elles estiment. Et rien d'indique que ces expériences entraînent pour elles un traumatisme affectif. » (p. 157) Un chapitre d'un ouvrage de Burgess et Holmstrom (1978) est la seule source connue traitant de façon appropriée des besoins spéciaux en counselling des personnes qui présentent une déficience intellectuelle et qui sont victimes d'abus sexuels. Les lignes directrices du chapitre ont été préparées à l'intention des adolescents victimes de viol et il faudrait donc les adapter aux enfants. Ces lignes directrices (techniques) sont si bonnes que nous avons jugé utile de les reproduire ici (voir tableau 6). Longo et Gochenour (1981) fournissent également des idées sur la façon de travailler avec des personnes qui présentent une déficience intellectuelle et qui ont été victimes d'agression sexuelle mais il s'agit d'éléments assez superficiels.

6

Accessibilité des services

Il n'existe aucune donnée sur les services accessibles aux enfants qui présentent une déficience intellectuelle et qui sont victimes d'abus sexuels. En fait, la question de l'accessibilité des services ne se pose pas dans le cas des individus les plus gravement handicapés puisqu'ils ne peuvent avoir accès à aucun service par eux-mêmes, particulièrement lorsqu'ils vivent en établissement et n'ont pas d'intercesseur. Nous reconnaissons que certaines victimes n'ont aucune autonomie et sont entièrement à la merci des connaissances, des compétences et des désirs de ceux qui en prennent soin. La question de l'accessibilité sera donc abordée dans la perspective des victimes qui pourraient avoir accès aux services standards si elles connaissaient l'existence de tels services.

Il est utile d'adapter aux besoins des victimes présentant une déficience intellectuelle les normes d'accessibilité des services établies par Per-Lee (1981) pour les personnes handicapées physiques. Premièrement, y a-t-il « accès réel »? Le service est-il accessible de façon absolue aux personnes présentant des troubles du développement, c'est-à-dire que si une personne handicapée se présente, sera-t-elle aidée ou non? Les organismes suivants notamment figureraient sur une liste des services non accessibles : les organismes qui étant

donné qu'ils sont surchargés refusent d'accepter tout client ayant des « besoins spéciaux » ou appartenant à « groupe spécial »; les organismes qui renvoient toute personne présentant des troubles du développement à d'autres organismes « spécialisés dans ce genre de problèmes » (c'est-à-dire dans le traitement des personnes handicapées et non pas le traitement des personnes victimes d'abus); les organismes dont les conseillers « ignorent comment traiter de tels cas » et proposent donc à la personne de consulter quelqu'un d'autre, etc. La deuxième mesure de l'accessibilité est « l'accessibilité perçue ». Par exemple, si un organisme accepte de traiter des enfants ou des adolescents ayant des troubles du développement mais ne se fait pas connaître de ces groupes il est probable qu'il sera perçu comme inaccessible et recevra très peu de personnes handicapées en consultation. Comme le souligne Per-Lee (1981), de nombreuses personnes handicapées sont habituées à être exclues de la société et supposerons que ce service leur est refusé à moins qu'elles ne soient explicitement informées du contraire.

Il est difficile d'évaluer l'accessibilité des services et de déterminer combien de personnes handicapées sont actuellement aidées (ou l'ont été). Cela s'explique en partie par le fait que les organismes n'ont pas comme habitude de tester leurs clients pour déterminer leur niveau de fonctionnement[11] et qu'ils se fient à leur propre évaluation des aptitudes de la personne, si bien qu'à moins que le patient ne se présente avec un intercesseur, qu'il mentionne habiter dans un foyer de groupe ou fréquenter un établissement spécialisé, ou encore qu'il dise clairement avoir un trouble du développement, le préposé aux admissions ne se rendra pas nécessairement compte de son handicap. En outre, les conseillers ne sont généralement pas tenus d'indiquer sur les formules d'admission si le patient présente un handicap physique ou intellectuelle, de sorte que même si l'existence du handicap est connue l'organisme n'a pas accès à cette information puisqu'elle n'est consignée nulle part. Il est donc très difficile de recueillir des statistiques. En outre, on peut difficilement s'attendre à ce que les organismes fournissent spontanément des renseignements qui montreraient clairement qu'ils font preuve de discrimination, à moins qu'ils ne soient incités à le faire de quelque façon.

Accessibilité aux hôpitaux

Les hôpitaux sont probablement les installations les plus uniformément accessibles à tous. Le personnel hospitalier est habitué de voir des patients de toutes sortes et de traiter toute une gamme de problèmes. Par exemple, le *Toronto Hospital for Sick Children* a déjà eu à traiter des enfants présentant des troubles du développement qui avaient été victimes d'abus sexuels. Les hôpitaux ne tiennent cependant pas de statistiques sur les handicaps des enfants de sorte qu'aucun chiffre précis n'est disponible. Le *Toronto Hospital for Sick Children* a pour sa part son propre programme de traitement et traite sur place les enfants présentant des troubles du développement qui ont été victimes d'abus sexuels de la part de membres de leur famille. En pareil cas, le traitement s'adresse habituellement à tous les membres de la famille. Par ailleurs, les enfants présentant une déficience intellectuelle qui ont été victimes d'abus sexuels de la part d'étrangers sont habituellement dirigés vers un organisme spécialisé tel que *Surrey Place, West End Crèche* ou Sacré-Coeur, avec maintien de la consultation à l'hôpital. Le *Sexual Assault Unit* du *Women's College Hospital* de Toronto accepte les femmes de 16 ans et plus seulement. Nannarone (05-87) mentionne que ce service a reçu à sa clinique d'urgence des femmes présentant des troubles du développement mais qu'on n'a pas encore eu recours à son programme de soutien et de counselling pour le suivi. La direction de l'hôpital n'a pas fait connaître son service auprès des personnes handicapées de la collectivité. En fait, le personnel accepterait d'agir à titre de consultant auprès de tout organisme s'occupant de personnes présentant une déficience intellectuelle qui voudrait traiter les cas d'agression sexuelle.

Il serait naf et peut-être même immoral de préconiser une intervention médicale auprès d'enfants et d'adolescents présentant une déficience intellectuelle sans parler tout d'abord, ne serait-ce que brièvement, de l'expérience passée de ces enfants avec les médecins. Des personnes travaillant dans le domaine ont fait état d'abus de la part des médecins, qui « bourraient » leurs patients de médicaments (Duffet, 06-87; Sank et Lafleche, 1984), étaient impatients et insensibles (Sank et Lafleche, 1984). On a également rapporté que de nombreuses adolescentes présentant des troubles du développement ne subissaient pas un examen gynécologique aussi souvent que les autres adolescentes de leur âge (Sank et Lafleche, 1984) et que d'autres ont été stérilisées sans leur consentement (Rioux, 1979). Il serait extrêmement nocif pour un enfant ou un adolescent d'être examiné

à la suite d'un abus (ou en toute autre circonstance) par quelqu'un qui n'est pas délicat, patient et respectueux, et qui n'explique pas ce qu'il fait. Le fait d'informer le personnel médical des besoins sanitaires des personnes qui présentent une déficience intellectuelle permettrait de résoudre en grande partie ce problème.

Protection des enfants

Schilling, Kirkham et Schinke (1986) ont récemment examiné les ouvrages portant sur les services que les travailleurs chargés de la protection des enfants fournissaient aux enfants présentant des troubles du développement. Ils ont constaté que ces travailleurs comptaient dans leurs dossiers très peu de cas d'enfants présentant une déficience intellectuelle même si ces derniers semblent être plus vulnérables que les autres enfants aux abus de toutes sortes. La majorité des assistants sociaux interrogés ont dit n'avoir même jamais eu à s'occuper d'un seul cas d'enfants présentant des troubles du développement. Ces travailleurs s'estimaient par ailleurs aptes à déceler la déficience intellectuelle chez un enfant et ne se sont guère montrés intéressés à poursuivre leur formation pour approfondir leurs connaissances et leur compétence de manière à pouvoir s'occuper des enfants présentant une déficience intellectuelle de façon plus approfondie. Camblin (1982) rapporte que seulement la moitié des organismes fédéraux de protection de l'enfance consignaient les cas d'enfants présentant une déficience intellectuelle qui leur étaient soumis et que très souvent ils procédaient de façon désorganisée et incomplète. Par conséquent, il n'existe pour ainsi dire aucune donnée sur le nombre d'enfants présentant des troubles du développement qui reçoivent une protection contre les abus sexuels. Schilling, Kirkham et Schinke (1986) croient que cela est dû au fait qu'il y a une scission administrative entre les organismes d'aide à l'enfance et les organismes chargés des enfants présentant différents handicaps. Par conséquent, (traduction) « il se peut que les travailleurs sociaux considèrent que les enfants handicapés ne relèvent pas de leur mandat » (p. 22). Bien que les travailleurs sociaux ne soient pas à blâmer pour une situation qui semble liée à des facteurs bureaucratiques, la formation des travailleurs sociaux est peut-être une des mesures les plus importantes à prendre pour amorcer un changement.

Krents (06-87) rapporte que moins de la moitié des travailleurs sociaux de l'état de New York connaissent, de par leur formation ou leur expérience, les besoins des enfants handicapés. Bien qu'il n'y ait aucune donnée en la matière pour le Canada, la situation semble similaire chez nous. Il n'existe aucun cours spécial à l'intention des travailleurs sociaux du Canada qui oeuvrent dans le domaine de la protection des enfants. Si ces derniers pouvaient bénéficier d'une telle formation, leur situation serait très différente. Cette situation ne serait pas problématique si cela voulait simplement dire que les travailleurs sociaux devaient apprendre rapidement, mais dans les faits cela veut souvent dire que l'enfant est dirigé rapidement vers un « organisme spécialisé » qui n'a peut-être ni la compétence ni l'expérience voulue pour traiter des cas d'abus sexuels. Le risque est grand que les enfants ne trouvent plus leur place ni dans un système ni dans l'autre (Krents, 05-87). Certains niveaux de gouvernement ont reconnu ces problèmes et tentent de les résoudre. Krents enseigne actuellement, au Lexington Centre, à tous les nouveaux travailleurs sociaux à s'occuper des enfants présentant divers troubles.

Centres d'aide aux victimes de viol

Les centres d'aide aux victimes de viol accueillent habituellement les adultes et les adolescentes qui ont été victimes de viol ou d'abus sexuels. Bien qu'ils comptent peu d'enfants parmi leur clientèle, ils sont peut-être, étant donné les techniques de counselling qu'ils sont appelés à utiliser, les mieux placés pour s'occuper des victimes présentant une déficience intellectuelle. Les services de counselling de la plupart des centres d'aide aux victimes de viol reposent sur le modèle féministe qui consiste à redonner à la victime le contrôle de sa vie. On s'attend à ce qu'il y ait nécessairement des différences entre les femmes et on est capable d'en tenir compte, si bien qu'un handicap n'est pas considéré comme une entrave à la prestation du counselling puisqu'il est possible d'adapter les différentes techniques à la situation de chaque femme. Shaman (05-87) du *Seattle Rape Relief* est d'avis que les conseillers doivent comprendre les problèmes liés au fait d'être handicapé et les problèmes de communication qui peuvent parfois exister, et connaître les services disponibles dans la collectivité. Certains conseillers peuvent ne pas être sûrs de pouvoir s'occuper d'un client présentant un trouble du développement, mais on a proposé que des personnes travaillant auprès de gens qui présentent une déficience intellectuelle donnent des ateliers sur le

sujet pour que les centres deviennent des endroits où les celles-ci soient les bienvenues (Fifield, 1986). Plusieurs ateliers de formation du genre ont eu lieu au *Toronto Rape Crisis Centre* (Martin, 05-87; Finkler, 04-87). Il serait également facile de rendre plus accessibles, grâce à des ateliers de formation du genre à l'intention du personnel, d'autres centres de counselling qui favorisent une approche éclectique.

Il y a deux problèmes graves en matière d'accessibilité des services. Le premier est la totale inaccessibilité des services pour certaines catégories de personnes. Le deuxième semble lié aux attitudes et aux croyances des personnes oeuvrant auprès des victimes d'abus sexuels : par exemple, elles peuvent être prêtes à dispenser du counselling à une personne présentant une déficience intellectuelle qui a été victime d'un abus sexuel mais ne pas croire que cette victime puisse tirer profit du programme de traitement « normal » offert par leur service. Bien que cela puisse être vrai dans certains cas, cette croyance peut être simplement due à la méconnaissance des personnes qui présentent une déficience intellectuelle. Duffet (06-87) ne croit pas que les victimes d'abus sexuels présentent des troubles du développement qu'elle a traitées au centre avaient besoin de services spéciaux. Elles ont reçu du counselling individuel et ont été intégrées à des groupes d'entraide composés de femmes présentant une déficience intellectuelle et de femmes « normales ». Duffet rapporte que le groupe a très bien fonctionné et que la même formule sera probablement reprise l'an prochain. À notre connaissance, il s'agit du seul programme de counselling en Ontario qui soit réellement accessible et perçu comme tel. Ce type de counselling ne convient pas à toutes les femmes, mais il constitue un service de plus à la disposition des victimes d'abus sexuels. Le groupe dont nous parlons était composé d'adultes, mais il serait tout à fait possible, avec un peu de planification, que d'autres centres de traitement constituent des groupes semblables avec des enfants. On pourrait également offrir une thérapie individuelle aux enfants qui ne fonctionnent pas bien en groupe.

7

Prévention des abus sexuel

On suppose souvent que les programmes de prévention des abus sexuels s'adressent uniquement aux enfants à risque, mais la prévention auprès des enfants ne constitue qu'un aspect de la solution. Finkelhor et Araji (1983) ont déterminé que la prévention des abus sexuels devait se faire auprès de trois groupes cibles, soit les enfants, les parents et les professionnels. Dans le cas des enfants présentant des troubles du développement, on peut ajouter un quatrième groupe cible, soit les établissements[12], qui sont dans la position unique d'avoir de nombreux professionnels et employés en interaction avec les enfants. Nous traiterons de chaque groupe cible dans le contexte de la prévention pour les enfants présentent une déficience intellectuelle. Anderson (06-87) souligne par ailleurs qu'il n'y a pas de solution miracle en matière de prévention des abus sexuels à l'égard des enfants.

Enfants

Éducation sexuelle. L'éducation sexuelle des enfants et des adolescents présentant des troubles du développement est recommandée pour de nombreuses raisons, la prévention des abus n'en étant qu'une (Baladerian, 1976; Forchuk et autres, 1984; Green, 1983; Geist, Knudsen et Sorenson, 1979; Sengstock et Vergason, 1970). On croit qu'il s'agit là d'un élément essentiel de toute démarche préventive (Davis, 06-87; Anderson, 05-87; Blomberg, 06-87), surtout à cause du fait que les questions sexuelles semblent être très rarement abordées avec les enfants présentant des troubles du développement (Edmonson et Wish, 1975; Hall, Morriss et Barker, 1973; Hall et Morris, 1976; Edmonson, McCombs et Wish, 1979).

Il semble y avoir un certain consensus entre les éducateurs au sujet du type de programme qui devrait être offert aux enfants et aux adolescents présentant une déficience intellectuelle. Premièrement, l'enfant doit prendre conscience de son corps et du fonctionnement de celui-ci. Un enfant à qui on a donné de l'information au sujet de son corps sera plus en mesure de décrire un éventuel abus sexuel en des termes compréhensibles (Baladerian, 1985). Il ne suffit toutefois pas de donner de l'information « technique ». En effet, l'éducation sexuelle doit également porter sur l'éthique et les droits et responsabilités en matière sexuelle, toutes questions qui doivent être abordées d'une manière adaptée à l'âge de l'enfant (Baladerian, 1985). La discussion des droits et des responsabilités peut servir de base à une discussion ultérieure des abus et des agressions pour les enfants présentant des troubles du développement.

Les gens travaillant dans le domaine ont également souligné qu'il était important d'adapter tous les programmes d'éducation sexuelle à l'âge de l'enfant et de l'adolescent mais aussi à son niveau de fonctionnement (Blomberg, 1986). Le programme ne doit pas simplement être une version diluée des programmes d'éducation sexuelle réguliers mais plutôt une formule qui a été adaptée de manière à comprendre des méthodes qui se sont avérées de bons outils pédagogiques pour les enfants présentant des troubles du développement, telle que l'utilisation d'images et d'exemples concrets. Idéalement, ces programmes d'éducation sexuelle devraient être intégrés au programme des cours ou répartis sur une certaine période de temps; on devrait également procéder à une évaluation immédiatement à la fin du cours ainsi que quelque temps après pour déterminer ce que les enfants ont retenu.

Hard (1986) a démontré de façon convaincante que l'éducation sexuelle influait considérablement sur la capacité des enfants d'éviter d'être victimes d'abus sexuels. Elle a défini l'éducation sexuelle comme tout programme d'information de plus de cinq heures sur la sexualité (06-87). Soixante-douze pour cent des personnes qu'elle a interrogées (traduction) « n'avaient reçu aucune éducation sexuelle de leurs parents, des professionnels chargés de s'occuper d'eux ou dans le cadre du système scolaire. » (p. 6) Le tableau 7 montre le nombre d'abus sexuels subis selon le sexe et l'éducation sexuelle reçue. On voit clairement l'influence de l'éducation sexuelle sur le nombre des abus sexuels, particulièrement dans le cas des femmes. Toutes les femmes qui n'avaient reçu aucune éducation sexuelle avaient été victimes d'abus, tandis que c'était le cas de seulement 12 % de celles qui avaient reçu une éducation sexuelle. On remarque également que l'éducation sexuelle a permis de réduire les cas d'abus envers les garçons également, quoique l'écart ne soit pas aussi considérable que dans le cas des filles.

De nombreux ouvrages ont déjà fait état de la difficulté d'établir des programmes d'éducation sexuelle pour les enfants, mais comme le dit Shore (1982) (traduction) « l'absence totale d'éducation sexuelle est quelque chose qui n'existe pas. » (p. 176). En effet, même dans les établissements o l'information est extrêmement réduite, les enfants peuvent avoir accès à du matériel pornographique (Sengstock et Vergason, 1970), être témoins de l'exploitation sexuelle d'autres enfants (Duffet, 05-87) et être eux-mêmes victimes d'abus sexuels (Wooden, 1976; Musick, 1981). Duffet (05-87) et Hard (1986) ont tous deux exposé le cas de femmes présentant des troubles du développement qui avaient acquis toutes leurs connaissances sexuelles lors des abus dont elles avaient été victimes. Cette situation est intolérable.

Auto-protection. La formation des enfants en matière d'auto-protection peut comporter des techniques d'auto-défense physique et non physique. Des programmes d'auto-défense physique destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle ont surtout été offerts par le passé aux adolescents et aux adultes (MacPherson, 1984). Le WENDO, un programme d'auto-défense pour femmes, s'adresse aux femmes de 12 ans et plus. On a également constaté que le fait de suivre de tels cours donnait un sentiment de pouvoir aux personnes qui avaient déjà été victimes d'agression sexuelle.

La façon la plus courante de procéder avec les enfants a été d'offrir

des programmes spéciaux de prévention des abus sexuels qui appre naient aux enfants à s'affirmer tout en leur donnant de l'informatio sur les différents types de touchers, l'usage de la force et les abu sexuels. Au cours des dernières années, plusieurs programmes on été adaptés spécialement pour les enfants présentant des troubles d développement. Une liste de ces programmes avec l'indication de différents groupes d'enfants auxquels ils sont destinés figure à l'an nexe A. La plupart de ces programmes s'adressent aux enfant présentant un handicap léger ou moyen. Un seul d'entre eux serai approprié pour des enfants de moins de six ans. Puisque seules de évaluations limitées ont été effectuées jusqu'à maintenant (pa exemple, Fisher et Field, 1985; Cowardin, 1986), il est impossible d recommander un programme plus qu'un autre.

De nombreux professionnels travaillant dans le domaine de l prévention ont souligné qu'avant d'offrir des programmes d prévention il fallait donner une éducation sexuelle ou de l'informa tion positive en matière de sexualité pour que les enfants n'aient pa peur de tous les contacts et ne les associent pas à de l'exploitation sexuelle (Davies, 05-87; Fifield, 1986).

Anderson (19-05-87) et d'autres ont mentionné qu'à la grande surprise de nombreux parents et éducateurs, les enfants et les adolescents présentant des troubles du développement n'ont aucune difficulté à saisir des notions complexes telles que la manipulation et la tricherie, pourvu qu'elles soient expliquées à l'aide d'exemples concrets. Les jeux de rôle semblent fonctionner particulièrement bien avec les enfants ayant des troubles du développement (Davies, 05-87; Anderson, 19-05-87). Grâce à ces méthodes, les enfants peuvent apprendre (traduction) « des techniques pour éviter les abus, résister et chercher de l'aide » (Finkelhor et Araji, 1983, p. 14) qui leur permettront de se mettre à l'abri des abus sexuels.

Transformations du milieu. Dans les programmes de prévention, on apprend aux enfants et aux adolescents à aller chercher de l'aide, ainsi qu'à s'affirmer. Cependant, des personnes travaillant auprès de victimes présentant une déficience intellectuelle ont souligné qu'en certains cas cette information aurait été inutile parce que les enfants n'avaient pas accès à un téléphone personnel ou ne disposaient pas de temps seul avec une autre personne que celle qui les exploitait sexuellement (Duffet, 05-87). Dans le cadre de tout programme de prévention efficace, il faut donc prévoir des changements au milieu dans lequel vit l'enfant pour que celui-ci ait droit à des moments d'intimité susceptibles de lui ouvrir une voie par laquelle divulguer son secret.

Parents

Les parents d'enfants présentant des troubles du développement sont peut-être ceux à qui les programmes d'éducation devraient avant tout être destinés puisqu'en tant que groupes ils semblent s'intéresser à l'éducation sexuelle davantage que les parents en général (Goodman, Budner et Lesh, 1971, cités dans Johnson et Kempton, 1981, p. 72). À notre connaissance, il n'existe aucun programme de prévention visant à empêcher les pères d'exploiter sexuellement leurs filles. Les programmes de prévention destinés aux parents comportent habituellement certains des éléments suivants : a) éducation sexuelle pour corriger de l'information erronée, visant particulièrement les enfants des parents en question; b) explication des programmes de prévention des abus sexuels offerts à leurs enfants pour aider les parents à renforcer ce que leurs enfants apprennent; et c) de l'information sur les signes et les symptômes afin d'accroître la capacité des parents de découvrir qu'il y a eu abus advenant une telle éventualité. Il semble que la plupart du matériel de prévention destiné aux parents soit du matériel écrit : articles dans des magazines pour parents (par exemple, Murphy et Della Corte, 1987) ou brochures distribuées à certains groupes de parents (par exemple, parents adoptifs, Gil (1982)). Finkelhor et Araji (1983) soulignent qu'il existe de nombreux films dont le propos est d'enseigner la prévention aux enfants, mais qu'il n'en existe aucun qui enseigne aux parents comment apprendre des techniques de prévention à leurs enfants. Ce type de prévention s'impose puisque Finkelhor a constaté lors d'une étude (1984) que 61 % des parents croyaient que leur quartier était plus sûr que la moyenne . . . Bien que les parents d'enfants qui présentent une déficience intellectuelle reconnaissent plus facilement que les autres parents que leurs enfants puissent être victimes d'abus sexuels, il reste que ceux qui ne peuvent envisager cette possibilité seront moins en mesure de protéger leurs enfants de façon appropriée ou de traiter les effets d'un éventuel abus.

Professionnels

Finkelhor et Araji (1983) estiment que les professionnels qui travaillent avec les enfants doivent recevoir une formation leur permettant d'atteindre six buts : premièrement, ils doivent être capables de

comprendre les notions de base liées aux abus sexuels à l'égard des enfants et pouvoir communiquer ces notions aux enfants de façon appropriée. Deuxièmement, ils doivent être capables de percevoir chez les enfants les signes et les symptômes de manière à pouvoir intervenir rapidement. Troisièmement, ils doivent pouvoir interroger l'enfant avec tact de manière à obtenir de l'information qui leur permette de déterminer s'il n'aurait pas été victime d'un abus sexuel. Quatrièmement, ils doivent être capables de réagir à une divulgation d'abus sexuel d'une manière qui ne soit pas néfaste pour l'enfant et qui n'amène pas celui-ci à se refermer après son aveu. Cinquièmement, ils doivent avoir des connaissances à jour sur les ressources à consulter en cas d'abus sexuels et sixièmement ils doivent (traduction) « être capables de communiquer . . . les bases de la prévention aux autres. » (p. 9) Il est évident que ces six exigences s'appliquent à différents degrés selon les fonctions de la personne, bien que la plupart de ces techniques puissent être enseignées dans un laps de temps relativement court. Par ailleurs les professionnels font actuellement des efforts pour assumer leur rôle en matière de prévention. Voir par exemple Jenny, Sutherland et Sandahl (1986) pour un plan proposé par des travailleurs de la santé oeuvrant auprès des enfants.

Finkelhor et Araji (1983) soulignent qu'il est possible que les enfants n'aient que très peu de pouvoir sur le fait qu'ils sont victimes d'abus sexuels ou pas et que, par conséquent, l'éducation des professionnels constitue peut-être l'aspect le plus important des programmes de prévention. D'après les mêmes auteurs (1983) une telle orientation aurait les avantages suivants : permettre de découvrir l'abus sexuel tôt, de réagir rapidement et de façon appropriée à la révélation de l'enfant, d'aider immédiatement l'enfant et de le diriger vers les ressources appropriées et, finalement, de faire en sorte que d'autres professionnels adressent également des messages de prévention aux enfants et aux parents.

Établissements

Programmes d'éducation sexuelle et de prévention. Il est en fait maintenant universellement reconnu qu'il est nécessaire de dispenser une éducation sexuelle dans les établissements, pour le maintien de la santé physique et mentale des enfants (Geist, Knudsen et Sorenson, 1979; Friedman, 1972; Sengstock et Vergason, 1970;

Edmonson et Wish, 1975; Hall, Morris et Barker, 1973; Hall et Morris, 1976; Edmonson, McCombs et Wish, 1979; Coleman et Murphy, 1980). Un grand nombre de ces auteurs ont souligné que les enfants vivant en établissement étaient préparés en vue de la désinstitutionnalisation et que dans ce contexte il fallait également leur donner une préparation sur le plan de la sexualité. L'acceptation de la notion d'éducation sexuelle s'est accrue considérablement au cours des dernières années, mais il se peut que cette acceptation se manifeste de façon très limitée et superficielle. Coleman et Murphy (1980) soulignent que (traduction) « la majorité des établissements approuvent le principe de l'éducation sexuelle et dispensent des programmes d'éducation sexuelle, mais très peu autorisent l'expression de la sexualité, sauf par la masturbation. Ce message contradictoire est susceptible de créer une grande confusion chez la personne qui présente une déficience intellectuelle et peut entraîner une confusion dans tout le domaine de la sexualité » (p. 274-275). Coleman et Murphy (1980) soulignent également que les responsables des établissements qu'ils ont interrogés ont dit que les programmes d'éducation sexuelle avaient suscité des réactions négatives « au moment de leur mise en oeuvre et par la suite ». Ces contradictions entre l'esprit des programmes d'éducation sexuelle et le milieu dans lequel vivent les enfants doivent être réduites si nous voulons que ces derniers perçoivent la sexualité comme quelque chose qui peut être sain et positif.

Shore (1982) a dressé la liste des facteurs nécessaires à l'intégration réussie des programmes d'éducation sexuelle dans les programmes déjà en place. Les voici : (traduction) « l'engagement de la haute direction, la participation du personnel dès les toutes premières étapes et la volonté de progresser lentement étant donné la résistance qui précède et accompagne toujours la mise en oeuvre d'un changement. » (p. 180) Un plan minutieux, l'utilisation d'un programme éprouvé et reconnu, des séances de formation pour le personnel et l'engagement des enfants, des parents et du personnel sont toutes des mesures qui faciliteraient la transformation du climat négatif de l'établissement en un climat dans lequel des attitudes saines sont encouragées.

Sélection des employés. La sélection des employés a souvent été utilisée comme principale (ou seule) méthode de prévention des abus dans les établissements (Dawson, 06-87). L'examen qui vise à déterminer si un éventuel employé a un casier judiciaire est probablement la technique la plus couramment utilisée et elle permet

effectivement de repérer, et de refuser, les délinquants coupables de voie de fait sur des enfants et les délinquants sexuels qui ont été déclarés coupables. Malheureusement, comme nous l'avons mentionné antérieurement, peu de cas d'agression sexuelle à l'égard des enfants sont déclarés, encore moins nombreux sont ceux qui sont rapportés à la police et encore moins nombreux sont ceux qui font l'objet de poursuites judiciaires et, de ce nombre, un infime pourcentage seulement donne lieu à des déclarations de culpabilité qui apparaîtraient dans le casier judiciaire de la personne. Par conséquent, seuls quelques agresseurs seraient éliminés par le biais de la vérification des casiers judiciaires. En Ontario, les employeurs avaient par le passé accès au *Central Abuse Registry* qui leur permettait d'effectuer une certaine sélection des employés, mais cette consultation n'est plus possible désormais (Dawson, 06-87). Comme l'a souligné Rose (1986), l'utilisation d'une technique de sélection n'a pas empêché l'embauche d'employés qui se sont révélés des agresseurs. Il peut même être néfaste de considérer cette méthode comme un mécanisme de prévention parce qu'on a ainsi l'impression que les enfants sont à l'abri des agresseurs alors que ce n'est pas le cas. On doit procéder à l'examen des casiers judiciaires en gardant à l'esprit qu'on pourra rarement repérer ainsi des agresseurs.

Un auteur (Gil, 1979) a suggéré l'utilisation d'autres méthodes de sélection, tels des questionnaires susceptibles de mettre à jour les tendances d'un candidat à commettre des abus, de même que d'autres mesures psychologiques. Le dépistage des tendances à commettre des abus n'est pas encore une technique éprouvée mais elle pourrait certainement constituer une solution de rechange aux techniques actuelles. Il faut cependant bien se rappeler qu'aucun processus de sélection ne peut remplacer un programme de prévention.

Politiques et procédures. On a relevé trois types d'abus sexuels commis dans les établissements, chacun exigeant une approche différente. Le premier type, et peut-être le plus fréquent, est la négligence sur le plan sexuel due au cadre qu'est l'établissement, qui fait que les enfants sont couramment privés de leurs droits en matière sexuelle. Voici quelques-unes des solutions à ce problème : désinstitutionnaliser, offrir des programmes d'éducation sexuelle, accroître l'intimité des enfants vivant en établissement et s'occuper de régler les questions d'ordre sexuel au sein de l'établissement. Ce type d'abus sexuel n'est pas l'objet du présent document, mais il a été

examiné de façon bien articulée dans d'autres ouvrages (voir par exemple, Shore, 1980; Szymanski et Jansen, 1983; Hirayama, 1979).

Le deuxième type d'abus sexuel dont il est question dans les ouvrages est l'abus d'un résident à l'égard d'un autre résident. Ces types d'agressions ont été fréquemment rapportés. Les victimes semblent être des hommes et des femmes tandis que les agresseurs sont le plus souvent des hommes (Chaman, 05-87; Duffet, 05-87). Par ailleurs, les agresseurs présentent habituellement un handicap plus léger que leurs victimes (Szymanski et Jansen, 1983) ou sont diagnostiqués agressifs (Bernstein, 1985; Hirayama, 1979; Blomberg, 05-87; PACER, 1986). Les établissements tentent actuellement d'abandonner les politiques de contrôle excessif des comportements sexuels des résidents et ils sont donc susceptibles d'éviter dorénavant de formuler quelque politique ou ligne directrice que ce soit (Hirayama, 1979; Shore, 1980; Szymanski et Jansen, 1983). Cela signifie que l'élaboration et l'application des règles de conduite sont laissées à la discrétion des membres du personnel et ne sont plus clairement formulées à l'intention des résidents. Shore (1980) a proposé comme solution l'établissement (traduction) « de comités interdisciplinaires spéciaux chargés des questions sexuelles » qui (traduction) « formuleraient des politiques et des procédures visant les activités sexuelles néfastes », de même que des « politiques et des procédures en matière de formation et de planification des programmes pour en arriver à des formules qui permettent aux résidents de satisfaire leurs besoins sexuels de façon appropriée ». (p. 181) Il a été démontré que les programmes d'éducation sexuelle et de prévention qui portaient notamment sur les droits et les responsabilités en matière sexuelle avaient aidé certains résidents à comprendre que leur geste était inapproprié et néfaste (Forchuk et autres, 1984; WAR, non datée). On a rapporté plusieurs cas d'agresseurs sexuels présentant des troubles du développement qui ont été renvoyés dans les établissements pour personnes présentant une déficience intellectuelle parce qu'il n'existait pas de prison ou de centre de détention pour jeunes délinquants qui leur étaient adaptés. Ils n'ont reçu aucun traitement et ont continué à agresser les autres résidents (Murphy, Coleman et Haynes, 1983; Bernstein, 1985). Voici un triste exemple de l'incapacité du système d'aider tant la victime que l'agresseur. Que les agresseurs (résidents) soient poursuivis en justice ou non, ils doivent être traités, et leurs victimes, ou victimes éventuelles, doivent être protégées et traitées. Et c'est contribuer à l'abus que de ne pas agir en ce sens.

Le troisième type d'abus dont il est fait état dans les différentes recherches sont ceux commis par les membres du personnel qui exploitent sexuellement les résidents soit par l'usage de la force soit en créant l'illusion que ces derniers consentent à une telle relation (Longo et Gochenour, 1981). Encore ici, peu d'établissements ont des politiques ou des lignes directrices claires concernant les contacts sexuels entre membres du personnel et résidents (Shore, 1980; Hirayama, 1979; Szymanski et Jansen, 1983; Dawson, 06-87). Dawson (06-87) a recommandé l'établissement de règles claires pour que le personnel soit en mesure de déterminer ce qui constitue un comportement acceptable. Les éléments qu'il voudrait voir inclure dans ces règles figurent au tableau 8. Toutefois, certains éducateurs ont souligné que les membres du personnel pourraient réagir à de telles politiques en évitant systématiquement de toucher les enfants. Anderson (06-87) souligne combien il est important de lutter contre cette paranoa qui peut empêcher le personnel d'avoir des contacts avec les enfants, pour éviter que les enfants ne souffrent de la suppression de tout contact. Shore (1980) abonde en son sens et dit (traduction) « que les lignes directrices doivent non seulement interdire les contacts sexuels entre membres du personnel et résidents mais également établir la distinction entre contacts physiques et contacts sexuels, avec exemples à l'appui,tueux et tout à fait nécessaires.

Dawson (06-87) a présenté dernièrement les grandes lignes de procédures susceptibles d'aider les établissements à éviter de s'exposer à des plaintes. Ces procédures auraient comme autre fonction de permettre la prestation de meilleurs services aux enfants et aux adolescents. À cet égard, les procédures de Dawson (exposées au tableau 9) sont utiles.

Dawson a présenté des propositions pour la préparation des cas étant donné que la recherche a démontré que de nombreux enfants vivant en établissement avaient des besoins spéciaux qui les rendaient plus vulnérables aux abus (Gil, 1982b; 1979; Dawson, non datée; PACER, 1986). On a également souligné que le fait de dispenser aux employés une formation sur la manière de traiter les types de comportements que les enfants sont susceptibles de présenter peut permettre d'éviter que d'autres abus soient commis. Ainsi, on a montré précédemment que les filles qui avaient été victimes

d'abus sexuels pouvaient manifester un comportement sexuel précoce à l'endroit des hommes. Si le personnel masculin était préparé à cette réalité, il pourrait faire face à la situation de façon appropriée, c'est-à-dire de manière à ne pas perturber encore davantage une enfant déjà traumatisée. Bien que les employés (hommes) devraient déjà savoir qu'il est inapproprié d'avoir des activités sexuelles avec les enfants ou les adolescents dont ils s'occupent, certains ne semblent manifestement pas le comprendre à moins d'être explicitement avertis.

La formulation de procédures et de lignes directrices fait que le personnel connaît précisément les codes de conduite et est en mesure de savoir quel comportement est considéré comme acceptable au sein de l'établissement. Demander aux employés d'avoir des témoins et de prendre des notes dans le cas de certaines interactions peut également être une bonne idée, quoique cela puisse également accroître la « paranoïa des fausses plaintes ». Comme nous l'avons mentionné précédemment, les fausses plaintes sont extrêmement rares. La troisième suggestion de Dawson, et probablement la meilleure, consiste à encourager les parents, les employés et la direction à être ouverts et honnêtes au sujet de ce qui se passe. A cette fin, il serait approprié d'ouvrir les établissements aux parents et à d'autres groupes de soutien. Cette politique présenterait également un autre avantage, puisqu'il a été démontré que les enfants qui restent en contact avec leurs parents sont moins vulnérables aux abus (Dawson, non datée). Dawson (06-87) a également souligné comme autre bonne idée d'effectuer des entrevues auprès des enfants qui quittent l'établissement afin de déterminer les améliorations qui pourraient être apportées et d'identifier les employés qui causent des problèmes.

Les directions des établissements craignent également la mauvaise publicité dont elles seront l'objet si l'abus sexuel est dénoncé et Dawson traite également de ce problème. Par le passé, les allégations d'abus sexuels ont donné lieu à différentes réponses, l'une d'entre elles étant de congédier les personnes impliquées sans porter d'accusations au criminel contre elles (Dawson, 06-87; Rose, 1986). Cette façon de procéder est inappropriée et ce, à trois égards. Premièrement, cette réaction « officieuse » ne répond pas au besoin qu'a la victime qu'on réagisse sérieusement à la divulgation qu'elle vient de faire. Shore (1980) a affirmé que lorsque la direction de l'établissement ne réagit pas de façon appropriée à la divulgation de l'enfant, celui-ci peut se dire que ce genre de comportement est approuvé, ce

qui peut entraîner un traumatisme encore plus grave (Cole, 1980; Summit, 1983). Deuxièmement, une réponse « officieuse » n'indique pas à l'employé impliqué ni aux autres membres du personnel que les abus sexuels à l'égard des résidents constituent un délit grave et un acte traumatisant. Troisièmement, l'agresseur a ainsi la possibilité (et d'après les faits rapportés cela se produit manifestement souvent (Rose, 1984; Dawson, 06-87) d'être embauché dans un autre établissement[13] où il pourra s'attaquer à un nouveau groupe d'enfants.

Dawson (06-87) a établi une distinction entre comportement sexuel inapproprié (par exemple : utiliser un langage grossier et faire des remarques inappropriées au sujet du corps des patients) et abus sexuel proprement dit (qu'il définit comme un comportement sexuel illégal). Il estime que les cas de la première catégorie devraient être traités à l'interne, tandis que ceux de la seconde devraient faire l'objet d'une enquête et être traités à l'extérieur de l'établissement. Peu importe la politique de l'établissement, la loi prévoit que tous les cas d'abus sexuels doivent être rapportés. Gil (1979) est d'avis que dans la mesure du possible les allégations de sévices corporels doivent être examinées et traitées à l'interne. L'auteur estime que rares sont ceux qui peuvent faire enquête correctement sur des plaintes d'abus sexuels sans avoir reçu une formation appropriée. Par ailleurs, si une enquête interne est menée, il s'écoulera un laps de temps entre le moment où l'enfant révèle l'abus et celui où l'abus est révélé à la police et où des moyens sont mis en oeuvre pour protéger l'enfant, ce qui n'est pas dans le meilleur intérêt de ce dernier. Ainsi, les Lignes directrices sur les enquêtes visant les cas d'abus à l'endroit des personnes qui présentent une déficience intellectuelle vivant en établissement (1978) formulées par le ministère des services sociaux et communautaires de l'Ontario prévoient qu'il faut rapporter l'abus à la police dès (traduction) « qu'il y a suffisamment de preuves à l'appui d'une allégation de sévices corporels ou d'abus sexuels » (p. 3). Et c'est un membre du personnel qui est chargé de mener une enquête préliminaire pour déterminer s'il y a effectivement des preuves suffisantes. Une telle procédure laisse beaucoup de pouvoir à un collègue, voire un ami, de l'accusé . . .

Dans une étude (non datée) sur les abus dans les foyers de groupes en Ontario, Dawson a constaté que bien que les enfants étaient retirés du foyer dans la majorité des cas et que les foyers étaient fermés dans de nombreux cas, des accusations étaient portées dans 10 % des cas seulement et un rapport était présenté au *Central Abuse Registry* dans 26 % des cas seulement. Il ressort donc

clairement de ces chiffres que même les organismes de services sociaux tiennent à régler les plaintes au niveau interne. Et les établissements privés ont probablement davantage tendance à opter pour cette façon de procéder. Il faut s'opposer à cette pratique. Le *Committee on Disabilities* de l'*ICAN Task Force on Sexual Abuse* (1985) a fait une enquête auprès des centres régionaux pour leur demander comment ils traitaient les cas d'abus. Seulement quatre centres sur sept ont répondu. Dans deux des centres, le personnel avait reçu une formation spéciale en matière d'agression sexuelle, le personnel d'un autre centre n'avait reçu qu'une formation limitée et le personnel du quatrième centre n'avait reçu aucune formation. Les quatre centres ont dit rapporter aux services de protection de l'enfance les allégations d'abus sexuels à l'égard des enfants, mais seulement deux ont dit les rapporter à la police. Durkin (1982) a écrit sur la difficulté de rapporter les abus commis dans les établissements. Ceux qui rapportent les abus souffrent souvent beaucoup dans leur vie personnelle, mais comme l'ont démontré les recherches de Kline (1976) et Green (1976), le fait de ne pas rapporter l'abus (peu importe le contexte) peut souvent avoir des conséquences désastreuses pour l'enfant.

Conditions de travail. Plusieurs auteurs ont souligné le fait que les conditions de travail du personnel des établissements peuvent contribuer aux abus à l'égard des enfants (Dawson, 06-87; Gil, 1979; PACER, 1986). En effet, les salaires médiocres, le travail par quart, les longues heures et des tâches non gratifiantes, des charges de travail énormes et les structures hiérarchiques actuelles sont tous des facteurs qui peuvent amener un travailleur à perdre tout intérêt dans le bien-être de l'enfant. Dawson (non datée) a constaté que la surcharge de travail dans les services de placement familiaux étaient un facteur déterminant. On ne sait toutefois pas précisément quel rôle joue ce facteur dans le cas des abus sexuels, mais tout effort de prévention devrait certainement tenir compte des stress liés au milieu.

8

Les délinquants sexuels qui présentent une déficience intellectuelle

Prévalence des infractions commises par des personnes présentant des troubles du développement

Les premiers ouvrages sur les délits sexuels appuyaient fortement l'idée selon laquelle de nombreux délinquants sexuels avaient une intelligence faible.[14] Cette idée était même poussée très loin dans un certain article : (traduction) « Personne ayant une expérience en criminologie n'oserait nier le fait que si tous les déficients mentaux étaient retirés de la société, la scène criminelle serait transformée et, qu'en fait, un très grand nombre de crimes ne seraient plus commis ou le seraient si sporadiquement que cela ne constituerait pas un problème social. » (Selling, 1939, p. 178.) L'auteur termine en disant que (traduction) « on ne peut certainement pas tenir les déficients mentaux responsables de tous les délits sexuels . . . mais une capacité intellectuelle supérieure semble certainement être un facteur déterminant dans la prévention des cas de délits sexuels. » (p. 86) Tous les auteurs de l'époque et des années qui ont suivi n'avaient certes pas

une opinion aussi extrémiste du rôle que jouaient les individus étiquetés déficients mentaux dans les délits sexuels, mais il n'en reste pas moins que le mythe voulant que les personnes présentant une déficience intellectuelle soient des êtres « sursexués » pouvant devenir des agresseurs sexuels est encore assez courant (Hall, 1974).

Tous ceux qui oeuvrent dans le domaine ainsi que les professionnels qui travaillent avec des personnes présentant des troubles du développement tentent depuis des années de faire disparaître ces idées erronées. Dans le contexte de la désinstitutionnalisation en particulier, les travailleurs communautaires ont lutté dur pour enseigner aux gens que les hommes qui présentent une déficience intellectuelle ne constituaient pas une menace pour leurs enfants. Le fait est que la majorité des hommes ne sont pas des délinquants sexuels mais que certains, qu'ils présentent une déficience intellectuelle ou non, peuvent certainement l'être. Hyman (17-07-87), au cours de son travail avec des délinquants étiquetés déficients mentaux, dit avoir rencontré la plus grande résistance de la part des professionnels du domaine qui ne se sentaient pas à l'aise avec quelqu'un qui traitait de cette question. Cela est malheureux, car il n'y a rien dans ce handicap qui rende les hommes délinquants sexuels, tout comme il n'y a rien qui les empêche de devenir délinquants sexuels.

Il y a effectivement certains adolescents et adultes présentant des troubles du développement qui exploitent sexuellement leurs propres enfants (Seagull et Scheurer, 1986; Virkkunen, 1974), et d'autres qui exploitent sexuellement les enfants des autres (Whitman et Quinsey, 1981; Stokes, 1964; Murphy, Coleman et Haynes, 1983). Les résultats des recherches sur les délits sexuels n'indiquent pas qu'il y ait une proportion inhabituellement élevée de délits sexuels commis par des individus présentant une déficience intellectuelle, quoique les résultats varient selon la méthode utilisée. Gebhard, Gagnon, Pomeroy et Christenson (1965) rapportent notamment qu'entre 10 et 20 % des délinquants étaient étiquetés « déficients mentaux », le pourcentage le plus élevé se retrouvant dans les cas d'abus à l'égard de victimes du sexe féminin. La plupart des études ont démontré que le pourcentage des délinquants chez les personnes qui présentent une déficience intellectuelle n'est pas beaucoup plus élevé que dans la population en général (Christie, Marshall et Lanthier, 1977, cité dans Murphy, Coleman et Abel, 1983) bien que les quotients intellectuels des délinquants aient tendance à se situer davantage vers le pôle inférieur (Mohr, Turner et Jerry, 1964; MacDonald, 1973; Brown et Courtless, 1968; Langevin, 1984; Stokes, 1964).

Certaines études de prévalence ont été faussées parce qu'elles incluaient également des délits sexuels tels que « uriner dans un endroit public » (Hall, 1974). En fait, de nombreux délits dont font état différents ouvrages et les professionnels travaillant dans le domaine auraient pu être évités facilement si on avait dispensé à la personne qui présente une déficience intellectuelle une information sexuelle et si on lui avait dit quels actes peuvent être posés en public et quels autres doivent être posés privément seulement. Ce type de comportement problème est susceptible de se présenter chez les individus qui ont vécu en établissement puisqu'il y a moins de chance qu'ils aient reçu une éducation appropriée. Il est clair que ce type de délit ne peut être mis dans la même catégorie que l'atteinte à la pudeur et les agressions sexuelles, et cette distinction devrait être énoncée clairement aux travailleurs sociaux, aux policiers et aux différents intervenants du système judiciaire.

Il faut cependant reconnaître qu'un grand nombre de délits commis par les personnes qui présentent une déficience intellectuelle ne sont pas aussi « bénins » ce qui a d'ailleurs été souligné par plusieurs professionnels travaillant auprès des délinquants sexuels (Udell, 07-87; Eakin, 07-87; Hyman, 07-87). Dans les pages qui suivront, seuls seront examinés les délits sexuels pouvant de toute évidence entrer dans la catégorie de l'agression ou de l'exploitation sexuelles.

Plusieurs auteurs ont souligné que cette légère surreprésentation des délinquants étiquetés déficients mentaux pourrait bien être due au fait que la personne handicapée a des aptitudes sociales et cognitives faibles ce qui la rend plus susceptible d'être prise que le délinquant qui ne présente pas un tel handicap (Murphy, Coleman et Abel, 1982; Santamour et West, 1978; Murphy, Coleman et Haynes, 1983). Par exemple, Virkkunen (1974) a mentionné que la personne déficiente intellectuelle qui commet un inceste est peut-être moins en mesure de garder le secret.

Aux fins de la présente discussion, on suppose que les individus présentant des troubles du développement ne sont ni plus ni moins susceptibles que les autres de commettre des abus sexuels à l'égard des enfants. Toutefois, lorsqu'ils en commettent, la question du traitement et des poursuites judiciaires est compliquée du fait de leur handicap.

Les délinquants sexuels qui présentent une déficience intellectuelle et le système de justice pénale

Le traitement du cas d'un délinquant présentant un trouble du développement peut être assez différent de celui des cas des autres délinquants. Brown et Courtless (1968) ont examiné le déroulement des poursuites au criminel, pour tous les types de délits, dans le cas des délinquants étiquetés déficients mentaux et ils ont constaté les éléments suivants : 1) des confessions ou des déclarations incriminantes étaient obtenues dans les deux tiers des cas, 2) les délinquants étaient habituellement défendus par un avocat d'office, et 8% des délinquants n'avaient pas d'avocat, 3) contrairement à ce qui se produit dans le cas des autres délinquants, une fois que les chefs d'accusation étaient portés contre lui, ils étaient rarement réduits, 4) dans la majorité des cas, aucun examen psychologique ou psychiatrique n'était effectué et l'aptitude du délinquant à subir son procès n'était pas mise en doute et 5) dans 88 % des cas, aucun appel n'était présenté. Plus récemment, Santamour et West (1978) ont comparé les délinquants présentant une déficience intellectuelle et les délinquants dits normaux et ils ont constaté que les délinquants de la première catégorie confessaient plus souvent leur délit et plaidaient plus souvent coupables que les autres et que dans leur cas il y avait par ailleurs moins de négociations de plaidoyers et d'appels. Ils obtenaient également moins souvent une probation ou une libération conditionnelle. Tandis que le système judiciaire a protégé assez efficacement les présumés délinquants du témoignage des enfants présentant une déficience intellectuelle (voir la partie sur le témoignage des enfants), il semble avoir moins tendance à protéger du système judiciaire lui-même le présumé délinquant présentant une déficience intellectuelle.

Par ailleurs, Batya Hyman, une thérapeute qui a évalué plus de 50 délinquants sexuels présentant une déficience intellectuelle, décrit l'envers de la situation dans laquelle les droits d'un présumé délinquant ne sont pas protégés de façon appropriée: Elle mentionne que dans certains cas le délinquant présentant un trouble du développement est en fait protégé des sanctions judiciaires par les organismes dont il fait partie. Elle a donné l'exemple du *Department of Mental Health* de l'état où elle travaille qui est intervenu pour demander qu'un délinquant n'ait pas de peine d'emprisonnement et qui s'engageait en retour à le surveiller 24 heures sur 24. On peut trouver dans les études de cas présentées dans le rapport Badgley d'autres exemples

de traitement encore plus indulgent à l'égard de personnes présentant une déficience intellectuelle ayant exploité sexuellement des enfants. Il y a par exemple le cas d'un homme présentant une déficience intellectuelle qui avait agressé sexuellement sa fillette de cinq ans et pour qui, en appel, « le tribunal déclara qu'il aurait rendu une sentence plus sévère si l'accusé n'avait pas eu une intelligence aussi faible, des troubles de personnalité et n'avait pas fait de progrès vers une réhabilitation depuis sa condamnation. » (p. 955). Dans une autre affaire, « une tentative de viol sur la personne d'une fillette de deux ans », « La cour d'appel statua que, malgré la gravité de l'infraction qui exige une peine de prison importante à titre d'exemple, le prévenu est considéré comme inoffensif et borné et ne semble pas, de par ses antécédants, être prédisposé à la violence ou à un comportement agressif sur le plan sexuel. Elle jugea également qu'il avait peu de chance de tirer grand profit de son emprisonnement. En outre, en dépit du jeune âge de la victime, celle-ci n'avait subi aucun dommage psychologique ni aucun préjudice corporel grave à la suite de l'infraction. » (p. 957). Cela n'aide personne que d'avoir une catégorie de règles pour les individus dits normaux et une autre pour ceux qui ont un trouble du développement. Un traitement humain doit certainement être garanti à tous, mais il n'est pas recommandé de faire preuve d'une telle clémence à l'égard des personnes qui présentent une déficience intellectuelle.

Une fois qu'une personne qui présente une déficience intellectuelle est reconnue coupable d'avoir commis un abus sexuel à l'égard d'un enfant, des problèmes de placement se posent. Par le passé, l'incarcération dans les prisons «ordinaires »des délinquants qui présentent une déficience intellectuelle a constitué un problème, particulièrement parce qu'on supposait que le crime commis était dû à une déficience intellectuelle héréditaire (Brown et Courtless, 1968). D'autre part, l'incarcération de ces délinquants dans des établissements destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle mais non délinquants constituait également un problème parce qu'on considérait que les délinquants étaient une mauvaise influence. On a dès lors proposé une solution qui consistait à créer un système distinct et un plan comportant deux éléments, soit la stérilisation et le regroupement et l'isolement des délinquants présentant une déficience (Goddard, 1912, cité dans Brown et Courtless, 1968). Brown et Courtless ont résumé la situation internationale en 1968. Des pays comme l'Angleterre et la Suède semblaient très préoccupés par les soins thérapeutiques et les traitements

qui pourraient être fournis dans ce genre d'établissements et avaient par conséquent tendance à regrouper en un même milieu les personnes présentant une déficience intellectuelle délinquantes et non délinquantes. Par contre, en Amérique du Nord, on a mis l'accent sur la (traduction) « sécurité et la surveillance » (p. 364) de sorte que les délinquants considérés comme des personnes présentant une déficience intellectuelle étaient plus suceptibles d'être incarcérés dans les prisons ou les hôpitaux psychiatriques.

La situation n'a pas beaucoup changé depuis ce temps. Une étude plus récente sur les établissements pour personnes présentant une déficience intellectuelle (Coleman et Murphy, 1980) révèle qu'on retrouve dans 15 % d'entre elles une moyenne de trois délinquants sexuels (violeurs, agresseurs d'enfants, etc.) (p. 272). Seulement le cinquième de ces établissements avaient des programmes de traitement pour les délinquants sexuels et un très petit nombre seulement de tous les établissements connaissaient les programmes de traitement offerts dans leurs états. Et c'est justement lorsqu'aucun programme de traitement n'est offert que surgissent les difficultés. (Traduction) « Comparativement aux résidents des établissements pour personnes présentant une déficience intellectuelle, les délinquants ont tendance à se situer à l'extrémité supérieure de l'échelle de fonctionenement et il arrive souvent qu'ils manipulent et maltraitent ceux qui se situent à des niveaux inférieurs de fonctionnement »(Murphy, Coleman et Haynes, 1983, p. 26). La direction de l'établissement doit donc faire face à des problèmes auxquels elle n'a jamais été préparée et qu'elle n'est pas en mesure de résoudre.

Murphy, Coleman et Haynes (1983) rapportent que d'après leur expérience, les délinquants qui présentaient une déficience intellectuelle étaient le plus souvent envoyés dans les prisons et les hôpitaux psychiatriques. Bien que ces établissements soient plus susceptibles d'offrir un traitement que les établissements destinés aux non délinquants, il n'est pas garanti que le délinquant sexuel qui présente une déficience intellectuelle fera partie du programme de traitement. Par ailleurs, il a été démontré que les délinquants qui présentent une déficience intellectuelle qui (traduction) « sont en prison ou font partie d'un programme correctionnel fonctionnent généralement aux niveaux les plus bas de l'échelle d'intelligence et sont souvent maltraités par les autres délinquants » (Murphy, Coleman et Haynes, 1983, p. 26). Le même genre de problème semble exister au Canada, certaines recherches indiquant que les hommes qui présentent une déficience intellectuelle et qui sont incarcérés

dans les prisons sont plus victimes d'abus que les autres (Makin, 1987). On sait également qu'il arrive que les délinquants sexuels qui présentent une déficience intellectuelle abusent (traduction) « des patients atteints de psychose grave » dans les hôpitaux psychiatriques (Murphy, Coleman et Haynes, 1983). Il est clair que le système actuel ne fonctionne pas si le délinquant sexuel qui présente une déficience intellectuelle ne reçoit pas un traitement qui l'amène à ne plus commettre d'autres abus, ou encore s'il est lui-même victime d'abus au cours de son incarcération ou s'il continue à exploiter sexuellement les autres.

Coleman, Murphy et Haynes (1983) qui sont au nombre des quelques psychologues qui traitent les délinquants sexuels présentant des troubles du développement sont d'avis que (traduction) « la meilleure solution consisterait probablement en un programme de traitement spécial pour les délinquants sexuels déficients mentaux dans lequel les participants auraient sensiblement les mêmes niveaux intellectuels » (p. 26-27); il faudrait par ailleurs assujettir à de sévères restrictions le comportement des délinquants vivant en établissement et qui sont considérés comme trop dangereux pour être libérés. Pour un bon examen des programmes de traitement et de la manière d'évaluer les risques que représentent pour la collectivité les différents types de délinquants sexuels, voir Knopp (1984).

Les insuffisances du système actuel en matière de condamnation et de traitement des délinquants sexuels sont bien exposés dans le rapport Badgley (1984). Au Canada, la majorité des délinquants sexuels ne reçoivent aucun traitement. Le rapport Badgley ne fait pas explicitement état du délinquant qui présente une déficience intellectuelle mais, compte tenu des résultats de recherche examinés, on peut supposer que la situation est au moins aussi grave pour cette catégorie de délinquants.

Les traitements

L'inaccessibilité des programmes de traitement semble être autant un problème pour le délinquant qui présente une déficience intellectuelle que pour la victime qui présente une déficience intellectuelle. En effet, nombreux sont les aspects qui s'appliquent dans les deux cas. Knopp, Rosenberg et Stevenson (1986) ont effectué une recherche dans l'ensemble du pays sur les programmes offerts aux délinquants sexuels et ils ont rapporté que seulement 46 % des

services offerts pouvaient s'adresser de quelque façon que ce soit aux délinquants présentant un trouble du développement et que seulement 26 % de ces services étaient véritablement adaptés à cette clientèle. Il n'existe pas de données empiriques ni d'éléments d'observation clinique sur l'applicabilité de ces programmes au délinquant qui présente une déficience intellectuelle. C'est peut-être donc que les professionnels qui dispensent les programmes de traitement ignorent si ces programmes sont appropriés pour un délinquant ayant un trouble du développement. Il s'agit donc d'un secteur négligé. Certains programmes excluent carrément les délinquants ayant un trouble du développement (comme c'est le cas de nombreux programmes de traitement des délinquants adolescents du Toronto métropolitain — Udell, 07-87); certains professionnels acceptent des délinquants ayant un trouble du développement mais considèrent que le programme qu'ils offrent ne leur convient pas vraiment (Barbaree, 06-87); d'autres par contre acceptent cette catégorie de délinquants et trouvent que les méthodes de traitement en place fonctionnent bien, avec seulement des changements mineurs (Murphy, Cole et Haynes, 1983; Hyman, 07-87). Des études sur l'efficacité des programmes de traitement destinés au délinquant qui présente une déficience intellectuelle s'imposent donc.

Le modèle de traitement présenté par Coleman, Murphy et Haynes (1982) est le même pour tous les types de délinquants sexuels, qu'ils présentent une déficience intellectuelle ou non. Ce modèle est reproduit au tableau 11. Il s'agit d'un modèle d'adaptation sociale portant sur les processus et les déficits physiologiques, comportementaux et cognitifs. Le programme est adapté à chaque individu. Comme le soulignent Coleman, Murphy et Haynes (1982) (traduction) « Des individus qui ont le même quotient intellectuel peuvent être très différents du point de vue de leurs connaissances sociales et de leur fonctionnement en société et avoir une perception très différente de leurs problèmes de comportement. » (p. 25) Ces auteurs reconnaissent que les délinquants qui ont grandi en établissement seront très différents des délinquants qui ont appris à vivre en société, par exemple dans leur propre famille. Ils soulignent également que tout comme les problèmes de nombreux délinquants ne présentant pas de déficience intellectuelle ne se limitent pas au fait qu'ils exploitent sexuellement les enfants, les délinquants présentant des troubles du développement peuvent aussi avoir des problèmes psychiatriques et d'autres troubles du comportement ou déficits, tels des troubles de la parole. Ils sont également d'avis que

pour être efficaces les programmes de traitement doivent répondre aux besoins particuliers de l'individu.

Questions particulières liées au traitement des délinquants sexuels présentant des troubles du développement. Marshall, Barbaree et Christophe (1986) ont évalué de nombreux individus qui avaient exploité sexuellement des enfants (et notamment commis l'inceste) en Ontario. Les résultats de leurs évaluations peuvent avoir des répercussions sur le traitement des cas des délinquants qui présentent une déficience intellectuelle. Leur échantillon comprenait des hommes ayant un quotient intellectuel faible, d'après le rendement obtenu dans les *Progressive Matrices* de Raven. Lorsqu'on a examiné séparément les données sur ces hommes, on a constaté que : 1) les agresseurs d'enfants étaient plus excités par les enfants que les agresseurs ayant un quotient intellectuel plus élevé et 2) les hommes qui avaient commis l'inceste tout comme les non délinquants (« normaux ») étaient plus susceptibles de (traduction) « manifester des attraits sexuels déviants au moment de l'évaluation » (p. 436). Le fait que ces hommes manifestent une excitation ne veut pas dire qu'ils passeront à l'acte. Toutefois les auteurs sont d'avis que ces hommes (traduction) « n'ont peut-être pas appris à contenir de façon appropriée leur excitation à l'égard des fillettes » ou qu'ils sont incapables de voir quel âge a la personne qu'ils convoitent. Les auteurs appuient la deuxième explication. Il est également possible que les hommes qui présentent une déficience intellectuelle soient moins capables que les autres de contrôler leur érection dans le contexte d'une expérience. D'autres recherches s'imposent avant que des conclusions puissent être tirées.

La recherche a démontré que deux éléments du modèle du tableau 11, soit les aptitudes sociales et les connaissances et l'éducation sexuelles constituent des points particulièrement sensibles dans le cas des délinquants qui présentent une déficience intellectuelle (Murphy, Cole et Haynes, 1983). Comme nous l'avons souligné précédemment, de nombreux enfants présentant des troubles du développement ne reçoivent pas d'éducation sexuelle et n'apprennent pas à s'affirmer. Le manque d'information peut constituer un facteur de risque, tant pour ce qui est du risque d'être victime d'abus que du risque d'en commettre. Udell (07-87) a fait remarquer que les délinquants adolescents présentant des troubles du développement qu'il a vus ne manquent pas d'une éducation sexuelle de type « technique », mais plutôt d'information sur les rapports qui peuvent

exister entre des personnes du même sexe ou du sexe opposé, et sur la sexualité. La plupart des délinquants sexuels ont des carences à ces deux égards, mais il semble que les carences soient encore plus graves dans le cas des délinquants présentant un trouble du développement.

Une autre question dont il faut tenir compte est le fait qu'un grand nombre de délinquants ont eux-mêmes été victimes d'abus lorsqu'ils étaient enfants. (Traduction) « Nous constatons qu'un élément marquant dans la vie des délinquants est le fait qu'ils ont eux-mêmes été victimes d'abus sexuels lorsqu'ils étaient enfants et cette découverte a modifié notre conception des moyens à prendre pour les aider » (Groth, 1983, cité dans Knopp, 1984, p. 38). Nous avons démontré précédemment que les garçons qui présentent une déficience intellectuelle risquaient davantage d'être victimes d'abus sexuels. Si le fait d'avoir été victimes d'abus sexuels étant jeunes est un facteur qui peut amener l'individu à commettre lui-même des abus sexuels plus tard, le garçon présentant un trouble du développement (donc plus vulnérable aux abus) risque donc de commettre des abus comme moyen de faire face aux situations. Griffith (06-87) du *York Behavioural Management Program* a dit que tous les délinquants présentant des troubles du développement qui faisaient actuellement partie du programme avaient été victimes d'abus sexuels lorsqu'ils étaient enfants. Il est donc clair que dans le cadre des efforts de prévention il faut également s'intéresser au rôle que ces individus joueront dans la prochaine génération.

L'un des éléments importants du programme de traitement est le contexte dans lequel il est offert. Coleman, Murphy et Haynes (1982) ont surtout dispensé des programmes à des patients en consultation externe. Le modèle de traitement utilisé à Kingston (Ontario) par Marshall et Barbaree[15] se donne également surtout en consultation externe. Coleman, Murphy et Haynes (1983) ont souligné combien il était important que la famille coopère pour que le traitement du délinquant qui présentent une déficience intellectuelle soit efficace. Il est utile de souligner ici la mise en garde de Coleman, Murphy et Haynes au sujet du fait que certaines familles peuvent tenter d'utiliser le thérapeute pour faire interner le délinquant (membre de la famille) : il s'agit là d'un dénouement indésirable de la thérapie, qui doit être évité.

Les traitements destinés à corriger l'excitation inappropriée que ressent le délinquant à l'égard des enfants consistent généralement à susciter un sentiment d'aversion et, pour cette raison, leur

application soulève de graves problèmes d'éthique. Nombreux sont ceux qui critiquent ces méthodes pour des motifs d'ordre moral et autres mais nombreux aussi sont les professionnels qui affirment que ces méthodes sont les seules qui se soient révélées efficaces. L'analyse des méthodes utilisées ne peut être incluse dans le présent rapport, mais celles-ci sont résumées dans d'autres ouvrages (Langevin, 1983; Badgley et autres, 1984; Knopp, 1984; et au tableau 11). Le rapport Badgley (1984) comporte un énoncé très clair au sujet de l'efficacité des programmes de traitement correctionnel. On y dit que : « Les nombreuses études sur les effets des programmes de traitement correctionnel pour les délinquants sexuels reconnus coupables, indiquent unanimement que les preuves dont on dispose sont insuffisantes aussi bien pour justifier que "rien ne fait effet" que pour assurer avec optimisme que certains programmes ont été couronnés de succès évidents. » (p. 962). L'auteur du présent ouvrage appuie la position de Coleman et de ses collaborateurs qui soutiennent que la méthode la moins intrusive possible devrait être utilisée et ce seulement avec le consentement du délinquant (ce qui exclut certains délinquants). Cette politique permettrait de donner au délinquant qui présente une déficience intellectuelle le meilleur traitement possible sans violer ses droits.

Délinquants sexuels adolescents. Les délinquants sexuels adolescents qui présentent une déficience intellectuelle ont encore moins accès aux services et aux programmes de traitement que les adultes se trouvant dans la même situation. L'enquête effectuée par Knopp, Rosenberg et Stevenson (1986) révèle que seulement 16 % des services destinés aux adolescents délinquants sexuels étaient également ouverts aux adolescents présentant des troubles du développement. Récemment, Udell (07-87) a effectué une enquête dans le cadre de la recherche sur le Toronto métropolitain (non encore publiée) qui démontre que très peu de services sont offerts à cette catégorie de délinquants. De nombreux services s'adressant spécialement aux adolescents délinquants sexuels ont comme politique de ne pas accepter les délinquants déficients mentaux. Compte tenu du fait que la plupart des délinquants sexuels commencent leurs activités illégales à l'adolescence et qu'il y a de plus en plus d'adolescents délinquants sexuels (Mathews, non datée), il est urgent de créer des services et des programmes de traitement à leur intention — qu'ils présentent ou non une déficience intellectuelle — si l'on veut prévenir les abus sexuels.

9

Questions juridiques liées aux abus sexuels à l'égard des enfants présentant des troubles du développement

Consentement

Par le passé, on interdisait aux personnes présentant des troubles du développement de consentir à des activités sexuelles, parce qu'on supposait que leur handicap les rendait automatiquement incapables de consentir (Kempton, 1977; Greenland, 1983). Ainsi, tout homme qui avait des contacts sexuels avec une femme qui présentait une déficience intellectuelle pouvait être arrêté pour viol. Au cours des deux dernières décennies, tous les intervenants ont remis en question cette pratique qui consistait à refuser tout droit sexuel aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle, la plus récente position en matière de sexualité allant dans le sens d'une «normalisation» (Kempton, 1977; Turnbull, 1977). Au Canada, la loi interdisant aux femmes qui présentent une déficience intellectuelle de consentir à une activité sexuelle (article 148) a été abrogée en 1983. Une discussion sur les droits sexuels des adultes qui présentent une déficience intellectuelle est bien loin de l'objet du présent rapport, mais il reste qu'il est important d'exposer les nouveaux éléments qui sont survenus dans le domaine pour garantir que la démarche visant à mettre à l'abri des abus et de l'exploitation sexuels

les enfants présentant des troubles du développement, « protège » également le droit des adolescents et des adultes qui présentent une déficience intellectuelle à une sexualité saine.

Dans le cas du consentement tout comme dans celui d'autres questions, (traduction) « aucune norme universelle ne peut s'appliquer aux déficients mentaux, puisqu'ils ne constituent pas un groupe homogène ou définissable » (Rioux, 1979, p. 76). Les gens qui travaillent avec des personnes qui présentent une déficience intellectuelle qui ont été victimes d'abus sexuels ont souligné combien il était important d'évaluer sur une base individuelle la capacité de consentir (Aguilar, 1984; Baladerian, 1985b; Blomberg, non datée).

Le Code criminel du Canada, amendé en janvier 1988, présume que *tous les enfants* de moins de 14 ans ne peuvent consentir à une activité sexuelle avec un adulte. Il n'y a aucune raison pour qu'il en soit autrement avec les enfants de moins de 14 ans qui présentent une déficience intellectuelle.

La question du consentement se pose particulièrement dans le cas des adolescents présentant des troubles du développement qui ont 14 ans et plus, puisque la loi permet alors d'invoquer le consentement comme défense. Il faut se rappeler que la question du consentement se pose surtout dans les cas o il n'y a pas de sévices corporels ni de plaintes de la part des supposées victimes (adolescents ou adolescentes), ou encore lorsqu'il s'agit de victimes incapables de parler, et que les adultes se demandent si elles n'ont pas été exploitées sexuellement. Il est à espérer que le consentement ne sera pas un élément de premier plan dans un cas d'agression sexuelle à la suite de laquelle la victime porte plainte et présente des traces de violence, bien qu'en vertu des modifications apportées à la loi en 1983 il soit possible d'invoquer le consentement même dans de tels cas (Badgley et autres, 1984).

Le consentement est défini comme suit dans le Code pénal américain (traduction) : « l'acceptation d'une coopération manifestée par des gestes ou une attitude, après exercice de son libre-arbitre. Les personnes doivent agir librement et volontairement et connaître la nature de l'acte ou de l'entente en question. » (cité dans Baladerian, 1985, p. 3).[16] Pour déterminer si un individu a donné un consentement légalement valide il faut tenir compte de trois éléments (Blomberg, non datée; Rioux, 1979; Turnbull, 1977; Dillon, 1980). Premièrement, la personne doit donner son consentement de son

propre gré, sans avoir fait l'objet de contraintes, d'intimidation ou de pressions. Turnbull (1977) a exposé les problèmes qui peuvent surgir au sujet du libre consentement dans le cas d'une personne qui vit en établissement, dépend de quelqu'un pour des soins, est inexpérimentée ou ne peut demander de conseils à quelqu'un de l'extérieur. Les dispositions des récents amendements apportés au code criminel résoudront en théorie ce problème interdisant tout contact sexuel entre un adolescent et une personne qui occupe une situation de confiance. Le deuxième élément qui entre en ligne de compte est l'information, à savoir qu'une personne doit avoir l'information nécessaire pour prendre une décision. Blomberg (non datée) est d'avis qu'on ne peut considérer qu'une personne qui n'a pas franchi le stade de développement auquel on apprend à dire « non » à une demande dispose de l'information lui permettant de dire « oui ». On pourrait également soutenir que les personnes qui n'ont reçu aucune éducation sexuelle n'ont pas l'information nécessaire pour consentir à une activité sexuelle.[17] Le troisième élément est que la personne doit avoir la capacité de donner son consentement. Blomberg (non datée) résume la notion de capacité de la manière suivante (traduction) : « une personne est apte à donner un consentement valide si elle comprend parfaitement la nature et les conséquences des actes dont il est question » (p. 2). Il est primordial que l'aptitude à consentir à une activité sexuelle soit évaluée en tant que telle et qu'elle ne soit pas déterminée de façon hypothétique d'après la capacité de l'individu à exécuter d'autres tâches ou à se rappeler d'un autre type d'information (Blomberg, non datée; Baladerian, 1985). Baladerian (1985) en particulier souligne combien il est important que les décisions sur la capacité de consentir d'un individu ne soient pas prises par des personnes non averties qui se fonderaient sur les résultats obtenus à des tests de quotient intellectuel ou sur la connaissance qu'a l'individu d'autres sujets.

Il serait très utile dans ce domaine difficile d'utiliser rigoureusement une mesure normalisée. Blomberg (1987) a créé un instrument d'évaluation des connaissances sexuelles. Il s'agit d'une adaptation de la méthode *EASE (Essential Adult Sex Education* — éducation sexuelle de base pour les adultes) qui a été mise au point par Zelman (1976, cité dans Blomberg, 1987) et qui s'accompagne d'une entrevue structurée et d'une technique de jeu. Au départ, cette méthode avait été conçue à titre d'outil d'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention, mais on la teste actuellement de façon plus poussée dans l'espoir que les résultats qu'elle permet d'obtenir puissent être

présentés en cour comme mesure de l'aptitude à donner son consentement. Il s'agit d'un instrument valable qui a de bonnes possibilités. Les témoins experts qui ont eu l'expérience de cas de personnes présentant des troubles du développement *et* de cas d'abus sexuels devraient également participer à la prise de décision concernant l'aptitude d'une personne à donner son consentement.

Aptitude à témoigner

Victimes incapables de s'exprimer verbalement. Les très jeunes enfants et les enfants gravement handicapés sont souvent incapables de s'exprimer verbalement. La loi protège contre les abus sexuels les enfants de moins de 14 ans qui sont au stade pré-verbal ou qui sont incapables de s'exprimer verbalement, mais il peut arriver que ceux-ci soient inaptes à divulguer l'abus. (Traduction) « Dans le cas d'un enfant au stade pré-verbal qui a été agressé, des poursuites ne peuvent être intentées que s'il y a eu un témoin ou s'il y a des preuves à l'appui » (Stevens et Berliner, 1980, p. 249). Il a été démontré que les abus sexuels ont aussi des conséquences dramatiques sur les enfants qui ne parlent pas encore. Une étude a révélé qu'une fois que ces enfants acquéraient les aptitudes verbales nécessaires ils rapportaient avec exactitude ce qui leur était arrivé, même sans qu'on les incite à le faire et sans procéder à des exercices (cité dans Jones et McQuiston, 1984).

Les enfants et les adolescents qui ont des aptitudes verbales limitées sont normalement incapables de témoigner à moins de pouvoir communiquer par signes ou à l'aide d'une planche de communication Bliss. Il se peut que certains enfants seraient capables de raconter ce qui leur est arrivé en cour s'ils avaient la possibilité d'avoir à leur disposition un interprète qui connaît bien les structures de leur langage. Cela serait cependant possible uniquement si on autorisait le recours à un interprète pour d'autres situations que lorsque le témoin parle une langue étrangère ou s'exprime par signes (Endicott, 07-87).

Victimes capables de s'exprimer verbalement. Par définition, l'aptitude à donner un consentement légalement valide diffère de l'aptitude à témoigner et la plupart des auteurs ont fait cette distinction (Aguilar, 1984; Baladerian, 1985). Dans le cas des abus sexuels, la capacité de l'enfant de témoigner ou d'être un témoin compétent est presque toujours mise en doute, particulièrement si l'enfant est

jeune. Les enfants qui présentent une déficience intellectuelle sont de toute évidence traités différemment en vertu de la loi, parce que leur aptitude à témoigner est mise en question jusqu'à un âge beaucoup plus avancé que les autres, du fait de leur handicap. Jusqu'à maintenant, la *common law* du Canada prévoyait que pour être considérée comme un témoin compétent, toute personne devait satisfaire aux cinq exigences que voici : 1) la personne doit être suffisamment intelligente pour qu'il vaille la peine de l'entendre;
2) au moment où les événements visés se sont produits, la personne devait avoir la capacité de les observer;
3) la personne a la capacité de se rappeler les événements en question;
4) la personne a la capacité de relater les événements en question; et
5) la personne se sent le devoir de dire la vérité (McKague, 1985, p.19). On trouvait une exception à ces règles concernant les enfants à l'article 16 de la Loi sur la preuve au Canada en vertu de laquelle un enfant pouvait témoigner sans avoir été assermenté si « cet enfant est doué d'une intelligence suffisante pour justifier la réception de son témoignage, et s'il comprend le devoir de dire la vérité » (Endicott, 1987, p. 23). Ce témoignage doit ensuite être corroboré. Ces règles strictes sur l'aptitude à témoigner ont empêché de témoigner des enfants d'intelligence moyenne en bas âge (Poirier, 1986) de même que des adultes présentant des troubles du développement qui ont été considérés comme inaptes à témoigner sous serment (A.C.I.C., 1986). Par conséquent, en vertu de la loi actuelle, il est pratiquement impossible qu'un enfant présentant un trouble du développement puisse témoigner dans les affaires d'abus sexuels (dans lesquelles il est rare qu'on puisse obtenir des témoignages corroborants). Le témoignage d'adolescents présentant des troubles du développement peut être considéré si l'on juge qu'ils sont « en bas âge » et qu'ils sont « doués d'une intelligence suffisante » *et* si ce témoignage est corroboré par un autre. Il n'est donc pas étonnant que pratiquement aucun cas d'agression sexuelle à l'égard d'enfants ou d'une personne présentant des troubles du développement n'ait été porté devant les tribunaux depuis qu'a été modifiée la loi de 1983 interdisant les rapports sexuels avec une « femme simple d'esprit ». [18]

Le même acte du Parlement (le projet de loi C-15) qui a amendé le code criminel en janvier 1988 a apporté des changements importants à la Loi sur la preuve au Canada. Ces amendements modifient les exigences visant l'aptitude à témoigner de telle sorte que les enfants

et les adolescents présentant des troubles du développement auront peut-être davantage accès au système judiciaire. Ces révisions consistent à modifier la disposition sur « l'intelligence suffisante » et à la remplacer par une disposition prévoyant que « l'aptitude à communiquer » d'une personne est le point décisif pour autoriser le témoinage. De plus, si la cour trouve que la personne ne comprend pas la « nature du serment ou d'une affirmation solennelle, » elle peut autoriser cette dernière à témoigner salon une « promesse de dire la vérité. » L'exigence voulant que le témoignage que la personne ne présente pas sous serment doit être corroboré a été supprimée. Ces changements, combinés à l'article 6 de la Loi sur la preuve au Canada qui autorise la communication non verbale et le recours à un interprète, pourraient constituer une législation progressiste. Ainsi, avec l'aide et le soutien apporpriés, les enfants et les adolescents qui présentent une déficience intellectuelle auraient la possibilité de témoigner et de déclarer les abus dont ils ont été victimes.[19] Par ailleurs, d'après les amendements au code criminel, lorsqu'il y a contestation de l'aptitude à témoigner d'un adolescent de plus de 14 ans, il incombe à la partie qui conteste de faire la preuve de cette allégation.

Avec ces changements à la loi sur la preuve, l'accent n'est plus sur l'aptitude de l'enfant à témoigner, mais sur l'aptitude de l'enfant à fournir un témoignage crédible. Tous les enfants et les adolescents, quelle que soit leur âge ou leur aptitude intellectuelle, se trouvent ainsi sur un pied d'égalité.

Une fois qu'a été établie l'aptitude de l'enfant ou de l'adolescent à promettre de dire la vérité et à communiquer ce qui s'est produit, surgissent les questions de l'aptitude à observer et à se rappeler les faits.

Crédibilité du témoignage de l'enfant

En ce qui a trait au témoignage, le droit canadien suppose que les enfants sont moins crédibles que les adultes. Cette hèse se fonde sur des recherches effectuées au début du siècle par Binet et des contemporains et sur les théories qu'ils ont élaborées par la suite (Lefkowitz, 06-87). On croyait alors que la mémoire se développait progressivement, depuis la naissance où elle était inexistante, jusqu'à l'âge adulte, où elle atteignait sa pleine maturité. Il a cependant été démontré plus récemment que les processus de la mémoire se développent à

différentes périodes de la vie et que le développement de ces processus tout comme leur fonctionnement varient, d'une part, entre les individus et, d'autre part, chez le même individu d'une situation à l'autre (Jones et McQuiston, 1984). Il est donc impossible de tirer des conclusions universelles au sujet de la mémoire des enfants. De la même manière, les enfants qui présentent une déficience intellectuelle n'ont pas tous la même capacité d'observer, de traiter et d'enregistrer l'information. Nous passerons maintenant rapidement en revue les différentes données qui existent sur l'aptitude des enfants à fournir un témoignage crédible.[20]

Rappel libre. En contexte de rappel libre (lorsqu'on demande à l'enfant ce qui s'est produit en lui posant une question ouverte), les enfants donnent moins de détails et moins de renseignements généraux que les adultes, les enfants très jeunes en fournissant le moins de tous (Lefkowitz, 06-87; Goodman et Reed, 1984, cité dans Goodman et Helgeson, 1985; Marin, Holmes, Guth et Kovac, 1979). Les renseignements qu'ils donnent semblent cependant très justes (Fivush, 1984, cité dans Goodman et Helgeson, 1985; Lefkowitz, 06-87; Johnson et Foley, 1984). On a avancé que les enfants donnaient moins de renseignements en pareilles situations parce qu'ils avaient une connaissance moins poussée et une vision moins complexe du monde que les adultes (Lefkowitz, 06-87; Jones et McQuiston, 1984). Il se peut également que cela soit dû au fait que l'enfant est incapable de trouver les mots pour exprimer ce qu'il connaît (Jones et McQuiston, 1984). La seule exception serait lorsqu'un enfant connaût davantage une situation que l'adulte. En pareil cas, l'enfant serait vraisemblablement *plus* exact que l'adulte (Chi, 1978).

Oubli. Avec le temps, enfants comme adultes oublient les événements. C'est la raison pour laquelle les déclarations du témoin doivent être faites le plus tôt possible après l'événement. Il a été démontré que chez les adultes la mémoire était affectée par les facteurs suivants :

1) le stress et l'importance de l'événement dans la vie de la personne (Jones et McQuiston, 1984);
2) l'importance des détails pour la personne (Marquis, Marshall et Oskamp, 1972);
3) la durée de l'événement (Dent et Stephenson, 1979).

Les recherches effectuées sur la mémoire chez les enfants ont révélé l'existence de variations semblables, les enfants se rappelant de la façon la plus exacte et détaillée des éléments centraux et non des éléments secondaires[21] (Marquis, Marshall et Oskamp, 1972;

Goodman et Reed, 1984, cité dans Goodman et Helgeson, 1985), des événements qui se sont produits pendant une période prolongée (Goodman et Reed, 1984, cité dans Goodman et Helgeson, 1985; Dent et Stephenson, 1979), des événements qui se sont répétés (Fivush, 1984, cité dans Goodman et Helgeson; Sanders et Warnick, 1981), ainsi que des situations dans lesquelles ils connaissaient l'agresseur (Bahrick, Bahrick et Wittlinger, 1975). Il faut donc se rappeler ces forces et ces limites de la mémoire lorsqu'on interroge un enfant qui a été victime d'abus.

Hard (05-87) a réussi à vérifier (par la consultation de dossiers médicaux) que les adultes présentent des troubles du développement se rappelaient des abus sexuels, y compris du moment où ils s'étaient produits, même si cela remontait à huit ou neuf ans. Elle soutient qu'ils sont capables de se rappeler du moment où un événement s'est produit.

Ordre chronologique. Certains auteurs considèrent la chronologie des événements comme le problème le plus difficile qui se pose relativement à la mémoire chez l'enfant (Singer et Reveson, 1978; de Young, 1986). Ces difficultés ont été relevées de façon empirique uniquement dans le cas d'événements secondaires pour l'enfant (Jones et McQuiston, 1984; Lefkowitz, 06-87). Lefkowitz (06-87) a souligné qu'un moyen d'aider l'enfant consistait à lui demander de se rappeler de l'événement en le reliant à d'autres événements importants pour lui.[22] Il souligne par ailleurs que le fait de ne pas bien se rappeler la chronologie des événements ne signifie pas que d'autres détails sont également inexacts (Goodman et Helgeson, 1985).

Certains professionnels qui travaillent avec des personnes présentant des troubles du développement ont mentionné que la chronologie des événements constituait également un problème pour eux (Stigall, 20-05-87) mais qu'il était parfois possible de le résoudre en posant avec tact des questions concernant le temps.

Il ne faut pas s'attendre à ce que les enfants (quelle que soit la gravité de leur handicap) puissent toujours se rappeler la date et le moment auxquels un événement s'est produit. Par ailleurs, il faudrait signaler aux avocats de la défense qui insistent pour poser ce genre de questions dans le but de discréditer le témoignage des enfants qu'il s'agit là d'une démarche inopportune, et leur demander de poser d'autres types de questions.

Caractère influençable. Le caractère influençable de l'enfant est l'aspect au sujet duquel les préoccupations les plus généralisées ont été exprimées. Il a été démontré que les adultes peuvent être

influencés par des questions et des techniques d'entrevue suggestives et qu'ils qui sont particulièrement influençables lorsqu'il s'agit de reconnaître un agresseur (Loftus, 1979). Il a également été démontré que les enfants aussi sont influençables (Jones et McQuiston, 1984, Lefkowitz, 06-87) mais, encore ici, davantage lorsqu'il s'agit d'événements secondaires que lorsqu'il s'agit d'événements principaux. Goodman, Hirschman et Rudy (1987) ont montré expérimentalement que les enfants sont très imperméables aux questions suggestives lorsqu'ils n'ont pas été simplement témoins d'un événement mais lorsqu'ils l'ont subi, lorsque l'événement en question a été traumatisant et lorsque les questions portent précisément sur l'abus. Les enfants en bas âge sont plus influençables que les autres, mais ils résistent tout de même très bien aux questions dirigées lorsqu'elles portent sur l'événement principal. Ces auteurs soulignent que les recherches antérieures sur le caractère influençable des enfants étaient trompeuses puisqu'elles avaient peu de rapport avec le vécu et le milieu des enfants et consistaient habituellement à interroger les enfants au sujet d'événements dont ils avaient été témoins et non d'événements qu'ils avaient vécus, à leur poser des questions sur un événement non traumatisant ou des questions qui n'avaient rien à voir avec une enquête relative à un abus.

On ne doit pas poser de questions suggestives aux enfants, et ce pour plusieurs raisons, la crainte qu'ils soient influencés n'étant que l'une d'entre elles (Jones et McQuiston, 1984; Croezen, 06-87). Aucune recherche n'a été effectuée pour déterminer dans quelle mesure sont influençables les personnes présentant une déficience intellectuelle qui ont été victimes d'abus. Eakin (07-87) a souligné qu'il fallait parfois poser des questions suggestives aux adolescents qui présentent une déficience intellectuelle pour réussir à obtenir les informations nécessaires. Dans la mesure du possible, il serait sage, lorsqu'on a à interroger des enfants, déficients ou non, de poser des questions non suggestives. Il est également bon d'enregistrer l'entrevue sur vidéo afin de montrer qu'aucune question suggestive n'a été posée (ou pour prouver le contraire . . .). On peut également déterminer si l'individu est très influençable ou pas par un examen clinique individuel (Jones et McQuiston, 1984).

Autres facteurs affectant la mémoire. Il a été démontré qu'en présence de personnes symbolisant l'autorité et dans des contextes intimidants, l'aptitude des individus à se souvenir des événements diminue (Dent et Stephenson, 1979) et l'impact des questions suggestives augmente (Ceci, Ross et Toglia, 1985, cité dans Goodman et

Helgeson, 1985). Lors d'une entrevue, les enfants sont plus susceptibles que les adultes d'être intimidés par un représentant de l'autorité (Croezen, 06-87). Croezen (06-87) souligne qu'il arrive très souvent que les enfants doivent être assurés qu'ils n'ont rien fait de répréhensible. Par exemple, lorsqu'un enfant est interrogé dans un poste de police ou dans un autre endroit du genre, il faut s'attendre à ce qu'il soit intimidé à l'extrême. Une expérience du genre peut être encore plus stressante pour les enfants présentant des troubles du développement, puisqu'on leur a souvent montré à avoir une confiance aveugle dans les adultes et à leur obéir sans réserve.

Il n'existe pas de relation directe entre la déficience intellectuelle et la mémoire. En effet, les individus traitent l'information, s'en rappellent et la communiquent plus ou moins bien selon les différentes variables d'une situation donnée et selon leur nature propre. Il est possible d'évaluer ces variables sur une base individuelle. Blomberg (non daté) a dressé une liste des aptitudes intellectuelles qui, d'après elle, peuvent être altérées chez certains individus présentant des troubles du développement. Elle est d'avis que ces aptitudes devraient être évaluées sur une base individuelle (voir tableau 10). L'interviewer peut alors agir de manière à réduire l'impact d'une grande partie des problèmes relevés en utilisant différents types de questions, de techniques de jeu et d'entrevue. Voir Jones et McQuiston (1984), Blomberg (non daté), Baladerian (1985), Goodman et Helgeson (1985) et Stevens et Berliner (1980) pour obtenir plus d'information sur l'entrevue d'enquête.

Il fut une époque où le témoignage des enfants était considéré comme moins crédible que celui des adultes, mais les résultats de recherches plus récentes sur le témoignage des enfants sont loin d'être catégoriques à cet égard. En effet, la mémoire des enfants peut présenter des failles, mais cela n'est pas systématique ni prévisible. Par ailleurs, il est possible de surmonter ces lacunes dans une certaine mesure en interrogeant minutieusement l'enfant et en utilisant différents accessoires et des jouets pour l'aider à se souvenir des faits. L'aptitude à traiter et à mémoriser l'information varie également chez les enfants qui présentent une déficience intellectuelle, mais non pas selon leur âge ou leur degré de déficience : tous les enfants sont plus susceptibles de se rappeler les éléments principaux d'une situation, les événements qui se sont produits sur une longue période de temps ou qui se sont produits plusieurs fois, et les actes qui ont été commis par un adulte qu'ils connaissaient. Par

conséquent, dans les situations d'abus sexuels typiques, la capacité de témoigner de l'enfant sera sans doute à son meilleur.

La différence entre l'*aptitude* à exécuter les tâches exigées et la *crédibilité* du témoignage produit par ces tâches figure dans une déclaration de la Cour suprême de la Californie. La voici (traduction) : « Il est clair que la compétence du témoin dépend de son aptitude à percevoir, à se rappeler et à communiquer. La question qui consiste à déterminer si l'enfant a perçu les faits correctement, se les rappelle bien et les communique fidèlement et avec exactitude en est une de crédibilité qui doit être résolue par le juge des faits. » (cité dans Aguilar, 1984, p. 11). Une fois qu'il a été établi que l'enfant est apte à observer, à se rappeler ce qui lui est arrivé et à le communiquer, il revient au juge ou au jury d'évaluer sa crédibilité. Afin que leur jugement puisse se fonder sur le témoignage des enfants et non sur les préjugés qu'ils entretiennent au sujet du témoignage des enfants en général ou sur leurs croyances au sujet des capacités des individus présentant des troubles du développement, le choix des jurés doit se faire en gardant ces éléments à l'esprit et les juges doivent être informés des éléments en cause.

La nouvelle loi sur les abus sexuels à l'égard des enfants : Conséquences pour les enfants présentant des troubles de développement

Le projet de loi C-15 a été adopté en troisième et dernière lecture au cours de l'été 1987 et a été promulgué en janvier 1988. Il est encore trop tôt pour se prononcer quant à son application pratique. En thèorie, les dispostions de la nouvelle loi portant sur les abus sexuels à l'égard des enfants sont à l'avantage de tous les enfants. Mentionnons entre autres avantages la suppression des crimes liès à un sexe en particulier pour lesquels il était préve que l'accusé devait être du sexe masculin et la victime du sexe féminin (anciens articles 146(1), 146(2), 151, 152, 153(1), 154); la loi protège dorénavant les victimes de sexe masculin au même titre que les victimes de sexe féminin. On tient compte de différents types de contacts sexuels et d'incitations à des contacts sexuels susceptibles d'avoir lieu lors d'un abus sexuel plutôt que considérer uniquement le rapport sexuel génital (nouveaux articles 141, 146). Par ailleurs, le fait de supprimer l'exigence selon laquelle les victimes du sexe fèminin qui avaient entre 14 et 16 ans devaient être « de moeurs antérieurement

chastes» et la notion selon laquelle une adolescente pouvait être «plus à blâmer» dans un cas d'abus sexuel (ce qui permettait de mentionner ses antécédents sexuels comme éléments de preuve) a modernisé la loi. La suppression de la limite de temps d'un an constitue également un bon point. Tous ces changements ont été apportés à la suite des recommandations du rapport Badgley, lequel a permis la création d'un projet de loi qui tienne davantage compte de la réalité.

La possibilité d'accuser l'agresseur d'exploitation sexuelle, infraction punissable par procédure sommaire, a également l'avantage de permettre d'accélérer les poursuites judiciaires (Hallet, 06-87). Par ailleurs, en vertu du nouveau projet de loi, les agresseurs déclarés coupables de ce type d'infraction seront facilement reconnus comme des exploiteurs d'enfants, tandis qu'avec la loi actuelle, les condamnations pour « grossière indécence » ne permettaient parfois pas de savoir qu'il s'agit d'une infraction à l'égard d'un enfant.

Par ailleurs, le fait d'enregistrer les entrevues sur magnétoscope et de soustraire à la vue des victimes le présumé agresseur[23] influera sensiblement de la même manière sur tous les enfants. Ces procédures humanisent le système judiciaire et réduiront le stress qui y est associé. Plusieurs articles ont été écrits dernièrement sur l'utilisation appropriée des entrevues enregistrées sur bande vidéo. Il faudrait les consulter (Colby et Colby, 1987; Stevens et Berliner, 1980) et les compléter par les renseignements généraux sur les techniques d'entrevue dont nous avons parlé antérieurement.

Toutefois, la modification qui est la plus utile à l'enfant et à l'adolescent qui présentent une déficience intellectuelle est l'abrogation des articles 146 et 147 actuels et leur remplacement par la notion d'exploitation sexuelle. Il a été montré que l'enfant qui présente une déficience intellectuelle est plus susceptible que les autres enfants d'être victime d'un abus de la part d'une personne connue (Hard, 1987, Ryerson, 1984) qui se trouve dans une situation de confiance par rapport à lui. Il peut toutefois s'agir de quelqu'un d'autre qu'un parent (lien de sang), (article 150), un père adoptif, un beau-père (par remariage) ou un employeur (paragraphe 153(1)). De plus, les activités sexuelles visées ne sont pas nécessairement des rapports sexuels complets. Le projet de loi C-15 interdit en effet une gamme beaucoup plus vaste d'activités sexuelles.

Ces modifications de la Loi sur la preuve pourraient rendre le système judiciaire infiniment plus accessible à l'enfant et à l'adolescent qui présente une déficience intellectuelle. Shelley Hallet

(06-87), procureur de la Couronne en Ontario, estime que cette nouvelle législation fera de l'enfant présentant un trouble du développement un témoin beaucoup plus facilement acceptable. Elle souligne également que, d'après son expérience, lorsqu'un enfant est jugé apte à témoigner, particulièrement dans le cas des enfants en bas âge, l'agresseur change souvent d'idée et décide de faire un aveu de culpabilité. La plupart des accusations d'agression sexuelle à l'égard des enfants résultent en fait actuellement d'un aveu de culpabilité de la part de l'aggresseur (Hallet, 06-87). Par ailleurs, un aveu de culpabilité évite à l'enfant d'avoir à témoigner.

Jusqu'à très récemment, les enfants et les adolescents qui présentaient une déficience intellectuelle n'avaient pas accès au système judiciaire. Ils étaient rarement, voire jamais, jugés aptes à témoigner au sujet de l'abus dont ils avaient été victimes. Ne disposant généralement d'aucune preuve corroborante (ou de très peu d'éléments), la Couronne n'amenait pas devant les tribunaux les cas d'abus comportant des témoins qui présentaient une déficience intellectuelle. Les droits de tous les enfants n'étaient pas pleinement respectés et très peu d'agresseurs voyaient des accusations portées contre eux, mais c'est certainement l'enfant handicapé dont les droits étaient les plus brimés. En théorie, les récents amendements apportés à la loi améliorent considérablement la situation juridique des enfants, handicapés ou non. Concrètement, il reste à voir si la société est prête à affirmer haut et clair que les enfants et les adolescents qui présentent une déficience intellectuelle *ne sont pas* des victimes parfaites.

10

Recommandations

Nous avons vu dans le présent rapport que des abus sexuels sont bel et bien commis à l'égard des enfants qui présentent une déficience intellectuelle. En fait, il a été démontré que la présence d'un trouble du développement chez l'enfant pouvait, indirectement et directement, créer une situation qui rendait l'enfant plus vulnérable aux abus sexuels. Un grand nombre des facteurs qui contribuent à accroître la vulnérabilité de l'enfant déficient sont liés à l'éducation et au conditionnement que reçoit cet enfant, tandis que d'autres sont le résultat des attitudes de la société qui perçoit l'enfant déficient comme une victime plus « naturelle » : des changements s'imposent à ces deux niveaux. Il faut souligner que les abus et l'exploitation sexuels des personnes qui présentent une déficience intellectuelle ne se limitent pas aux personnes de moins de 18 ans. En effet, de nombreux cas d'agression et d'exploitation sexuelles à l'égard d'adultes présentant une déficience intellectuelle ont été découverts au cours de notre recherche; cette facette du problème devrait faire l'objet d'études ultérieures.

Les abus sexuels se produisent dans les établissements, mais également dans les foyers de groupes, les familles d'accueil et les

familles naturelles. La tendance étant actuellement à la désinstitutionnalisation, il sera de plus en plus nécessaire d'avoir dans la collectivité des services capables de répondre aux besoins de l'enfant qui a été victime d'abus sexuels.

La situation de l'enfant qui présente une déficience intellectuelle et qui a été victime d'abus sexuels est doublement tragique puisqu'un nombre extrêmement limité de services s'offrent à lui. Il subira probalement un examen médical s'il est amené à un hôpital ou à une clinique, mais il est loin d'être certain que les nombreux enfants qui ne voient que les médecins visiteurs subiront un examen médical afin de déterminer s'ils n'ont pas été victimes d'abus. Même lorsqu'un rapport est présenté aux services provinciaux de protection de l'enfance il n'est pas garanti que l'enfant reçoive l'aide nécessaire puisque les travailleurs de ces services n'ont pas l'habitude de recevoir des cas d'enfants présentant des troubles du développement et il se peut qu'ils ne puissent pas, ou ne veulent pas, donner à l'enfant tous les services dont il a besoin. Il se peut par exemple qu'ils croient qu'il est inapproprié d'utiliser des poupées sexuées au cours d'une entrevue avec un garçon de 15 ans quand, en fait, c'est justement ce qu'il faut faire lors des entrevues individuelles (Eakin, 07-87). Dans les établissements pour personnes présentant des troubles du développement, l'enfant tout comme les membres du personnel ignorent généralement quels sont les services accessibles aux enfants déficients qui ont été victimes d'abus sexuels, et étant donné que ces derniers ont besoin d'un counselling spécialisé, il est peu probable qu'ils recevront l'aide dont ils ont besoin.

Si l'enfant est victime d'un abus dans sa propre famille, il se peut qu'il soit retiré de sa famille et placé dans une famille d'accueil, un foyer de groupe ou un établissement, où il court un grand risque d'être à nouveau victime d'abus sexuels. Par contre, si l'abus s'est produit ailleurs que dans la famille, par exemple dans un établissement, il se peut que l'affaire soit réglée à l'interne, auquel cas l'agresseur peut être cru, averti ou congédié. La victime n'est souvent pas informée du processus et on s'attend à ce qu'elle se remette de l'abus soit par elle-même soit avec l'aide de personnel qui n'a que peu ou pas de formation en la matière. Le délit est rarement rapporté à la police et lorsqu'il l'est, il est très rare que les agresseurs soient arrêtés et accusés. En vertu de la législation actuelle, s'il ne possède que peu d'éléments de preuve corroborants, un procureur de la Couronne ne peut généralement pas amener à la barre un enfant qui présente une déficience intellectuelle et il demandera par conséquent que les accusations soient abandonnées.

La situation de l'agresseur présentant des troubles du développement est également tragique. Le système judiciaire n'a pas été conçu pour répondre aux besoins de la personne qui présente une déficience intellectuelle et il arrive effectivement souvent qu'il ne parvienne pas à tenir compte de ses besoins. Les prisons ont été conçues pour punir les contrevenants et il est difficile de leur faire dispenser un traitement et les services nécessaires pour amener les délinquants sexuels à ne plus commettre d'agressions. En outre, les quelques services qui existent n'ont pas été conçus pour répondre aux besoins du délinquant qui présente une déficience intellectuelle.

Pour être efficaces, les changements devront s'effectuer en profondeur et sur plusieurs fronts : avec les recommandations suivantes, nous voulons fournir des pistes quant à la nature et à l'orientation de ces changements.

1. **PRÉVENTION**

   Il faut éviter les solutions expéditives. Les programmes de prévention doivent être bien mûris, planifiés et mis en oeuvre avec soin, puis évalués afin d'en garantir l'efficacité. Ils ne devraient pas s'adresser uniquement aux enfants mais être plutôt dirigés à la fois vers les enfants, les parents, les professionnels (tels les médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues) et la direction et le personnel des établissements.

   a. Enfants

      i. L'éducation sexuelle doit devenir un élément normal de la vie de l'enfant, et ce à partir d'un tout jeune âge. Cette éducation ne doit pas se limiter à des renseignements anatomiques mais porter également sur les droits et les responsabilités sexuels, lesquels doivent être déterminés de manière appropriée à l'âge et au niveau de développement de l'enfant. On ne doit pas simplement supposer que les programmes d'éducation sexuelle sont efficaces : il faut les évaluer et cette évaluation doit faire partie intégrante du programme. Par ailleurs, les programmes ne doivent pas se donner en une fois mais plutôt être intégrés au processus global d'éducation de l'enfant de manière à s'échelonner dans le temps.

      ii. Des techniques d'autoprotection devraient être incluses dans les activités d'éducation physique de tous les enfants. Il existe une gamme extrêmement diversifiée de programmes de prévention des abus sexuels et il faut choisir ces programmes minutieusement en tenant compte de leur approche, de leur philosophie, de la

méthode didactique utilisée, de leur efficacité et de leur réputation. On devrait enseigner à tous les enfants « les techniques nécessaires pour éviter, résister et demander de l'aide » (Finkelhor et Araji, 1983, p. 14). Il est possible d'intégrer les programmes de prévention des abus sexuels au programme scolaire des enfants. Le fait que l'enfant vit dans un établissement devrait être une garantie supplémentaire qu'il aura accès à ce type de programmes. On ne peut supposer que les enfants reçoivent cette information à la maison ou à l'école.

iii. Tout milieu dans lequel vivent et sont éduqués des enfants doit être doté des installations nécessaires à ces derniers pour rapporter un abus, le cas échéant. L'accès à un téléphone privé devrait être considéré comme un droit. L'intimité doit être considérée comme un élément important de la vie de tout enfant (ou adulte) et, par conséquent, lui être garantie.

b. Parents

On devrait encourager l'intérêt accru que semblent manifester les parents d'enfants présentant des troubles du développement à l'égard de l'éducation sexuelle et de la prévention des abus sexuels. À l'intention de ces parents, il faudrait mettre sur pied des programmes de prévention (idéalement, qui iraient de pair avec les programmes offerts aux enfants) portant sur les aspects suivants : information sexuelle, prévention des abus sexuels et reconnaissance des signes et des symptômes des abus. Il faut d'une part sensibiliser les parents au fait que leurs enfants constituent peut-être une population à risque pour ce qui est des abus sexuels et, d'autre part, leur enseigner à utiliser constructivement leurs craintes.

c. Professionnels

Tous les professionnels qui sont en contact avec des enfants qui présentent une déficience intellectuelle devraient recevoir la formation nécessaire pour traiter des cas d'abus sexuels (du moins pour être capables d'intervenir en cas de

crise). Comme l'a souligné Sgroi (1975), le fait que le professionnel croie qu'il est possible que l'abus se produise le rend plus apte à déceler un abus sexuel lorsqu'il a effectivement lieu et à réagir de la manière appropriée. Il peut être nécessaire de spécialiser certains professionnels de l'établissement, mais tous les professionnels devraient au moins savoir comment reconnaître les signes et les symptômes des abus, comment réagir à la divulgation que leur fait un enfant et à quels services s'adresser. Il est particulièrement urgent que le personnel médical chargé de la santé des enfants vivant en institution reçoive l'éducation voulue.

d. Établissement[24]

i. Des programmes d'éducation sexuelle et de prévention des abus sexuels doivent être offerts dans tous les établissements. Il est important encore ici que le programme soit minutieusement choisi, planifié, mis en oeuvre et évalué. Ce programme doit faire partie intégrante des autres programmes offerts par l'établissement. Par ailleurs, le milieu doit servir à renforcer non à contredire les messages communiqués lors de ces cours. La réussite du programme de prévention dépendra de l'engagement du personnel de tous les échelons envers les objectifs visés et cet engagement ne pourra avoir lieu sans la formation voulue. Personnel, parents et enfants devraient être appelés à participer à la planification de ces programmes pour que leur mise en oeuvre puisse être une réussite. Il est par ailleurs important que les cours soient donnés par des gens compétents qui sont à l'aise avec les questions abordées. S'il est impossible de trouver quelqu'un respectant ces critères dans l'établissement il faut alors avoir recours à quelqu'un de l'extérieur.

ii. La sélection des employés doit se faire en gardant à l'esprit que cette procédure ne permet généralement pas de repérer les délinquants sexuels.

iii. Il faut former immédiatement des comités chargés d'établir des règles d'éthique dans deux domaines fondamentaux : l'activité sexuelle entre les résidents de

l'établissement et les contacts entre les membres du personnel et les résidents. Il faudrait ensuite communiquer à tous les politiques adoptées en la matière. C'est la connaissance des techniques de traitement et du comportement approprié qui doit guider le personnel quant aux interactions qu'il peut avoir avec les résidents, et ce particulièrement dans le cas des résidents qui ont déjà été victimes d'abus. Dans de nombreux cas il sera nécessaire de donner des séances de formation pour éclairer le personnel à cet égard. Les protocoles de traitement des allégations d'abus sexuels doivent être explicitement établis. Toute allégation qui correspond à la définition de l'abus sexuel doit être rapportée puis faire l'objet d'une enquête et être traitée par quelqu'un de l'extérieur. Lorsqu'ils rapportent un abus sexuel, les résidents tout comme les parents doivent être mis à l'abri des représailles de la part de la direction de l'établissement, du personnel ou des autres résidents.

iv Les établissements doivent devenir des milieux de travail plus humanisés afin de réduire le stress auquel est soumis le personnel.

2. ORGANISMES DE PRESTATION DE SERVICES

a. Accessibilité « réelle »

L'accessibilité minimale acceptable est l'accessibilité « réelle ». Cela signifie que l'enfant qui présente une déficience intellectuelle et qui est victime d'un abus doit être aidé efficacement par un organisme dont la fonction normale est de fournir des services aux victimes d'abus sexuels. Il pourra être nécessaire d'obtenir des subventions gouvernementales pour la formation du personnel des organismes et d'autres prestateurs de services. Les prestateurs de services et les organismes qui travaillent avec les personnes présentant des troubles du développement doivent également avoir la formation nécessaire (du moins pour pouvoir intervenir en cas de crise) pour s'occuper des victimes d'abus sexuels. Il faut encourager au maximum les liens, les interactions et l'échange d'information entre les organismes travaillant surtout avec les victimes d'abus sexuels et les organismes travaillant surtout avec des individus ayant des troubles du développement. Il se peut

que la formation doive être initialement donnée par des Américains ou des personnes venant d'autres régions du Canada où le travail avec les enfants qui présentent une déficience intellectuelle ayant été victimes d'abus sexuels est chose plus courante. Il est dangereux de faire donner cette formation par des personnes n'ayant rencontré que quelques clients de cette catégorie puisqu'elles semblent plus susceptibles de faire des généralisations incorrectes à partir de l'expérience limitée qu'elles ont eue. De plus, toutes les formules d'admission doivent être révisées de manière à inclure la mention de tout handicap dont pourrait être atteint l'enfant. Comme nous l'avons mentionné précédemment, il s'agit là de mesures imparfaites, mais aucun jugement ne peut être porté sur le nombre d'enfants desservis ou l'efficacité de l'organisme si des renseignements du genre ne sont pas disponibles.

b. Accessibilité « perçue »
La deuxième étape du processus d'accroissement de l'accessibilité consiste pour ces services et organismes à se faire connaître auprès des personnes qui présentent une déficience intellectuelle. Le processus n'a été entrepris que tout récemment pour ce qui est des handicapés physiques et aujourd'hui, par exemple, les malentendants peuvent lire dans certaines brochures qu'il existe des interprètes par signes. Ce genre de publicité est nécessaire pour que les personnes présentant des troubles du développement puissent savoir que tels et tels services s'adressent à eux.

c. Organismes s'occupant des personnes qui présentent une déficience intellectuelle

Les organismes qui ont comme mandat de fournir des services aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle doivent accepter que le risque d'abus sexuels est réel. Cette acceptation est nécessaire pour qu'ils puissent réagir de la manière appropriée si certaines des personnes dont ils s'occupent leur disent avoir fait l'objet d'abus sexuels. Il est primordial que ces organismes reçoivent la formation voulue si nous voulons qu'ils dispensent un service adéquat.

3. RECHERCHE

a. Prévalence des abus sexuels à l'égard des enfants qui présentent une déficience intellectuelle

Il existe des données prouvant que des abus sexuels sont effectivement commis à l'égard d'enfants présentant des troubles du développement. Les recherches qui seront entreprises dorénavant devront être de meilleure qualité et plus rigoureuses que celles effectuées par le passé. L'étude de Hard (1986) constitue le meilleur modèle du type de recherche susceptible de fournir le plus d'information. Il faut mettre l'accent sur la collecte de données auprès d'individus qui n'ont pas encore fait l'objet de recherches, par exemple les enfants et les adolescents qui vivent en établissement et les enfants qui ont des aptitudes verbales limitées. Les chercheurs doivent faire preuve de créativité tant dans leurs méthodes de travail que dans leur façon d'aborder le problème. Pour qu'il soit possible de dresser un tableau complet de la situation, les établissements doivent accepter d'ouvrir leurs portes aux chercheurs. Musick (05-87) a souligné que si les chercheurs pouvaient consulter les dossiers médicaux des enfants qui présentent une déficience intellectuelle dans un établissement donné, les abus à l'égard de ces derniers pourraient être situés dans une perspective tout à fait différente.

b. Évaluation des besoins

Il est clair que les enfants victimes d'abus sexuels qui ont de surcroît une déficience intellectuelle ne sont pas desservis adéquatement par le système actuel. Il serait utile d'évaluer leurs besoins en matière de programmes de traitement, de services de counselling et de soins de santé. Il est important de déterminer où vont actuellement ces victimes pour se faire aider et où elles ne vont pas. La nécessité d'entreprendre ce type de recherche ne doit cependant pas retarder la mise en oeuvre des changements qui s'imposent de toute urgence.

c. Les délinquants sexuels qui présentent une déficience intellectuelle

Il est nécessaire d'effectuer une recherche afin de déterminer combien il y a de délinquants sexuels présentant des troubles du développement au Canada. Il est cependant plus

important de tenter de déterminer quel a été le rôle du handicap dans la perpétration de l'infraction (par exemple, absence d'éducation sexuelle), et l'arrestation du délinquant (par exemple, absence des aptitudes nécessaires pour garder un secret), ainsi que la manière dont le handicap intervient au niveau du traitement après l'arrestation. Des évaluations des besoins ont été menées dernièrement à Toronto pour ce qui est des adolescents délinquants sexuels. Ce type de recherche doit se faire dans l'ensemble du Canada tant pour les délinquants adultes qu'adolescents.

d. Traitement
Une recherche s'impose de toute urgence pour déterminer l'efficacité de différents programmes de traitement et de techniques de counselling utilisés pour aider l'enfant qui présente une déficience intellectuelle qui a été victime d'un abus. Il faut également effectuer des recherches pour déterminer toute la gamme des signes et des symptômes que montre l'enfant et les différentes façons dont il peut dévoiler son secret. Des recherches s'imposent également sur l'efficacité des programmes de traitement et des différentes techniques utilisés dans le traitement des délinquants sexuels présentant des troubles du développement.

4. SOLUTIONS D'ORDRE JURIDIQUE

Le projet de loi C-15 a été adopté en troisième et dernière lecture au cours de l'été 1987 et il a pris force de loi en janvier 1988. Il est à espérer que l'article de la Loi sur la preuve qui garantit le recours à un interprète dans le cas de parties ou témoins qui parlent une autre langue que celle dans laquelle le procès a lieu sera appliquée dans son sens le plus large de manière à permettre également l'utilisation d'un interprète dans le cas des personnes qui ont des aptitudes verbales limitées mais qu'il est possible de comprendre si on les connaît. De tels changements permettent à l'enfant et à l'adolescent qui présentent une déficience intellectuelle qui a été victime d'un abus sexuel d'avoir accès au système judiciaire au même titre que les autres enfants et les autres adolescents. Il est primordial que ces changements ne soient pas appliqués par eux seuls mais qu'ils soient accompagnés d'un processus d'éducation des procureurs de la Couronne et des juges, auxquels on doit faire part des recherches effectuées sur la compétence des enfants en

tant que témoins de même que des données disponibles sur l'aptitude à témoigner des personnes qui présentent une déficience intellectuelle.

BIBLIOGRAPHIE

Aguilar, S. (1984). *Prosecuting Cases of Physical and Sexual Assault of the Mentally Retarded,* Prosecutors Notebook Volume III, California District Attorneys Association.

Alexander, J. (1979). Child abuse and the developmentally disabled: An overview. In *Child Abuse and Developmental Disabilities: Essays.*

Allen, C. V. (1980). *Daddy's Girl.* New York: Wyndham. (Traduction : *Fille à papa.* St-Lambert, Héritage, 1981.)

Appelbaum, A.S. (1980). Developmental retardation in infants as a concomitant of physical child abuse. In G. Weis and J. Money (Eds.) *Traumatic Abuse and Neglect of Children at Home,* 304-310.

Armstrong, L. (1978). *Kiss Daddy Goodnight.* New York: Hawthorn Press.

Association canadienne pour l'intégration communautaire (A.C.I.C.) (1986). *Mémoire présenté au comité législatif de la Chambre des Communes sur le projet de loi C-15,* 19 décembre.

A.W. 637 P. 2d 366 (Colo. 1981).

Badgley et autres (1984). *Infractions sexuelles à l'égard des enfants.* Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

Bagley, C. & Ramsay, R. (1986). Sexual abuse in childhood: Psychosocial outcomes and implications for social work practice. *Journal of Social Work and Human Sexuality,* 4, ½, 33-47.

Bahrick, H.P., Bahrick, P.O. & Wittinger, R.P. (1975). Fifty years of memory for names and faces: A cross- sectional approach. *Journal of Experimental Psychology: General,* 104, 54-75.

Baladerian, N.J. (undated). *ICAN Child Sexual Abuse Task Force: Subcommittee report on developmentally disabled survivors.*

Baladerian, N.J. (1976). *How to Approach Sexuality.* Paper presented at the Southern California Regional American Association on Mental Deficiency Conference, Newport Beach, California, January 29.

Baladerian, N.J. (1985a). *Prevention of sexual exploitation of developmentally disabled adults.* Paper presented at the 1985 Convention of the California Association of Post-secondary Educators of the Disabled, Sacramento, California.

Baladerian, N.J. (1985b). *Response to: "Prosecuting cases of physical and sexual assault of the mentally retarded" issued by the California District Attorney's Association.*

Baladerian, N.J. with Dankowski, K. & Jackson, T. (1986). *Survivor, Volumes I, II, and III.* California Community Foundation.

Barth, R. & Blythe, B. (1983). The contribution of stress to child abuse. *Social Service Review,* September, 477-488.

Bender, L. & Blau, A. (1937). The reaction of children to sexual relations with adults. *American Journal of Orthopsychiatry, 7,* 500.

Bennett, B., Vockell, E., & Vockell, K. (1972). Sex education for EMR adolescent girls: An evaluation and some suggestions. *Journal for Special Educators of Mentally Retarded, 9,* 3-7.

Bernstein, N.R. (1985). Sexuality in mentally retarded adolescents. *Medical Aspects of Human Sexuality, 19*(11), 50-52, 57, 60-61.

Blomberg, P.S. (undated). *The Sexually Assaulted, Developmentally Delayed Person . . . The victim no one believes . . .* Fact sheet on informed consent assessment and evaluation procedures for persons with a developmental disability.

Blomberg, P.S. (1986). *Vulnerability issues of children with developmental disabilities: Sexual exploitation, the problems, solutions, and assessments.* Paper presented at Current Issues for Child Abuse Professionals conference, December 3.

Blomberg, P.S. (1987). *The Evaluation of a Prevention of Sexual Abuse Program for Persons with Developmental Disabilities.* Unpublished Master's Thesis. University of California at Davis.

Blumberg, M.L. (1979). Character disorders in traumatized and handicapped children. *American Journal of Psychotherapy, 33*(2), 201-213.

Brown, B.S. & Courtless, T.F. (1969). The mentally retarded offender. In R.C. Allen (Ed.), *Readings in Law and Psychiatry*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Browne, A. & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin, 99*(1), 66-77.

Burgess, A.W., Groth, A.N., Holmstrom, L.L. & Sgroi, S.M. (1978). *Sexual Assault of Children and Adolescents*. Lexington, MA: Lexington Books.

Burgess, A.W. & Holmstrom, L.L. (1978). Complicating factors in the sexual assault of adolescent victims. In A.W. Burgess et al., (Eds.) *Sexual Assault of Children and Adolescents*. Lexington, MA: Lexington Books.

Butler, S. (1978). *Conspiracy of Silence*. San Francisco, CA: New Glide.

Caffey, J. (1974). The whiplash shaken infant syndrome: Manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics, 282*, 933-939.

Camblin, L.D. (1982). A survey of state efforts in gathering information on child abuse and neglect in handicapped populations. *Child Abuse and Neglect, 6*, 465-472.

Chamberlain, A., Rauh, J., Passer, A., McGrath, M., & Burket, R. (1984). Issues in fertility control for mentally retarded female adolescents: I. Sexual activity, sexual abuse, and contraception. *Pediatrics, 73*(4), 445-450.

Chi, M.T.H. (1978). Knowledge structures and memory development. In R. Siegler (Ed.), *Children's Thinking: What Develops?*; Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Colby, I. & Colby, D. (1987). Videotaping the child sexual abuse victim. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, February, 117-121.

Cole, S.S. (1986). Facing the challenges of sexual abuse in persons with disabilities. *Sexuality and Disability, 7*(3-4), 71-87.

Coleman, E.M. & Murphy, W.D. (1980). A survey of sexual attitudes and sex education programs among facilities for mentally retarded. *Applied Research in Mental Retardation, 1*(3-4), 269-276.

Committee on abuse of persons with disabilities. (1985). Subcommittee of ICAN Task Force on Sexual Abuse Report. *Results of Country-wide Regional Centres Survey on Abuse Reporting, Follow-up, Professional Training*. August.

Conte, J.R. (1986). *A Look at Child Sexual Abuse*. National Committee for Prevention of Child Abuse.

Conte, J.R. & Berliner, L. (1981). Sexual abuse of children: Implications for practice. *Social Casework, 62*, 601-606.

Cowardin, N.W. (1986). *Preventing Sexual Exploitation of Adolescents with Exceptional Needs*. Unpublished manuscript.

Cowardin, N.W. (1987). *Child Abuse and the Developmentally Disabled*. Almansor Education Centre, January 16. Unpublished manuscript.

Dawson, R. (1984). *The Abuse of Children in Foster Care: A study of incidence, characteristics, and precipitating characters*. Toronto: Ontario Association of Children's Aid Societies.

Dent, H.R. & Stephenson, G.M. (1979). Identification evidence: Experimental investigations of factors affecting the reliability of juvenile and adult witnesses. In D. P. Farrington, K. Hawkins, & S.M. Lloyd-Bostock (Eds.), *Psychology, Law, and Legal Processes;* Atlantic Highlands, NJ: Humanities Press.

de Young, M. (1986). A conceptual model for judging the truthfulness of a young child's allegation of sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry, 56*(4), 550-559.

Diamond, L. & Judes, P. (1983). Child abuse in cerebral palsied population. *Developmental Medicine and Child Neurology, 26*, 169-174.

Dillon, J. (1980). *Medical Treatment and Criminal Law*, Law Reform Commission of Canada, Working Paper 26.

Durkin, R. (1982). No one will thank you: First thoughts on reporting institutional abuse. In R. Hanson (Ed.) *Institutional Abuse of Children and Youth*. Child and Youth Services, 4(1-2), 109-114.

Edgerton, R.B. & Dingman, H.F. (1964). Good.reasons for bad supervision: "Dating" in a hospital for the mentally retarded. *The Psychiatric Quarterly Supplement*, Part 2, 1-13.

Edmonson, B., McCombs, K. & Wish, J. (1979). What retarded adults believe about sex. *American Journal of Mental Deficiency, 84*, 11-18.

Edmonson, B. & Wish, J. (1975). Sex knowledge and attitudes of moderately retarded males. *American Journal of Mental Deficiency, 80*, 172-179.

Elierstein, N.S. & Canavan, W. (1980). Sexual abuse of boys. *American Journal of the Diseases of Childhood, 134*, 255-257.

Elmer, E. & Gregg, G.S. (1967). Developmental characteristics of abused children. *Pediatrics, 40*, 596-602.

Elonen, A.S. & Zwarensteyn, S.B. (1975). Sexual trauma in young blind children. *New Outlook for the Blind, 69*, 440-442.

Endicott, O. (1987). À vrai dire. *Entourage*, 2(2), 23-25.

Fifield, B.B. (1986). Ethical issues related to sexual abuse of disabled persons. *Sexuality and Disability, 7*(3-4), 102-109.

Finkelhor, D. (1979). *Sexually Victimized Children*. New York: Free Press.

Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse: New theory and research*. New York: Free Press.

Finkelhor, D. & Araji, S. (1983). The prevention of child sexual abuse: A review of current approaches. *SAPR*, df*17*, 21 Dec.

Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*(4), 530-541.

Finkelhor, D. & Associates (1986). *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Fischer, H.L. & Krajicek, M. (1974). Sexual development of the moderately retarded child: Level of information and parental attitudes. *Mental Retardation, 12*(3), 28-30.

Fisher, G. & Field, S. (1985). Self-protection education for disabled youth: A priority need. *CDEI Journal, 8*, 7-16.

Forchuk, C., Pitkeathly, Cook, Allen & St. Denis McDonald (1984). Sex education and the mentally retarded. *Canadian Nurse, 80* (April), 36-39.

Forseth, L.B. & Brown, A. (1981). A survey of intrafamilial sexual abuse treatment centres: Implications for intervention. *Child Abuse and Neglect, 5*, 177-186.

Foxx, R.M. (1976). The use of overcorrection to eliminate the public disrobing (stripping) of retarded women. *Behavior Research and Therapy, 14*, 53-60.

Friedman, E. (1972). Missing in the life of the retarded individual: Reflections on Sol Gordon's paper. *Journal of Special Education, 5*, 365.

Friedman, P.R. (1976). *The Rights of Mentally Retarded Persons*. New York: Avon Books.

Friedrich, W.N. & Boriskin, J.A. (1978). Primary prevention of child abuse: Focus on the special child. *Hospital and Community Psychiatry, 29*(4), 248-251.

Friedrich, W.N. & Reams, R.A. (in press). Course of psychological symptoms in sexually abused young children. *Psychotherapy.*

Gager, N. & Scheier, C. (1976). *Sexual Assault: Confronting rape in America.* New York: Grossett and Dunlop.

Gebhard, P.H., Gagnon, J.H., Pomeroy, W.B. & Christianson, C.V. (1965). *Sex Offenders: An analysis of types.* New York: Harper & Row.

Geist, C.S., Knudson, C. & Sorenson, K. (1979). Practical sex education for the mentally retarded. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 10*(4), 186-189.

Gil, D.G. (1970). Violence against children. *Journal of Marriage and the Family, 33,* 637-648.

Gil, E. (1979). *Handbook for understanding and preventing abuse and neglect of children in out-of-home care.* San Francisco Child Abuse Council.

Gil, E. (1982a). *Foster Parenting Abused Children.* National Committee for Prevention of Child Abuse.

Gil, E. (1982b). Institutional abuse of children in out-of- home care. In R. Hanson (Ed.), *Institutional Abuse of Children and Youth.* New York: The Haworth Press, 4(1-2), 7-13.

Glaser, D. & Bentovim, A. (1979). Abuse and risk to handicapped and chronically ill children. *Child Abuse and Neglect, 3,* 565-575.

Goodman, G.S. & Helgeson, V.S. (1985). *Child Sexual Assault: Children's memory and the law.* Papers from a National Policy Conference on Legal Reforms in Child Sexual Abuse Cases, National Legal Resource Center for Child Advocacy and Protection, Washington, DC, March, 43-60.

Goodman, G.S., Hirschman, J. & Rudy, L. (1987). *Children's Testimony: Research and Policy Implications.* Paper presented at Society for Research in Child Development meetings, Baltimore, MD, April.

Goodman, L. (1973). The sexual rights of the retarded — A dilemma for parents. *The Family Coordinator, 22,* 472-474.

Goodwin, J. (1981). Suicide attempts in sexual abuse victims and their mothers. *Child Abuse and Neglect, 5,* 217-221.

Green, F.C. (1976). What will it cost the child if I don't report? In M.A. Thomas (Ed.), *Children Alone: What can be done about abuse and neglect.* The Council for Exceptional Children.

Green, D.T. (1983). A human sexuality program for developmentally disabled women in a sheltered workshop setting. *Sexuality and Disability, 6*(1), 20-24.

Greenland, C. (1983). Sex law reform in an international perspective: England and Wales and Canada. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 11*(4), 309-330.

Hall, J. (1974). Sexual behavior. In J. Wortis (Ed.), *Mental Retardation and Developmental Disabilities — An Annual Review, Vol. VI.* New York: Brunner/Mazel, 178-212.

Hall, J.E. & Morris, H.L. (1976). Sexual knowledge and attitudes of institutionalized and non-institutionalized retarded adolescents. *American Journal of Mental Deficiency, 80*, 382-387.

Hall, J.E., Morris, H.L. & Barker, H.R. (1973). Sexual knowledge and attitudes of mentally retarded adolescents. *American Journal of Mental Deficiency, 77*, 706-709.

Hard, S. (1986). *Sexual Abuse of the Developmentally Disabled: A case study.* Paper presented at the National Conference of Executives of Associations for Retarded Citizens, Omaha, Nebraska, Oct. 22.

Herman, J.L. (1981). *Father-Daughter Incest.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hirayama, H. (1979). Management of the sexuality of the mentally retarded in institutions: Problems and issues. In D. Kunkel (Ed.), *Sexual Issues in Social Work.* Honolulu, Hawaii: University of Hawaii, School of Social Work.

Hunter, R.S., Kilstrom, & Loda (1985). Sexually abused children: Identifying masked presentations in a medical setting. *Child Abuse and Neglect, 9*(1), 17-25.

Jenny, C., Sutherland, S.E. & Sandahl, B.B. (1986). Developmental approach to preventing the sexual abuse of children. *Pediatrics, 78*(6), 1034-1038.

Johnson, M.K. & Foley, M.A. (1984). Differentiating fact from fantasy: The reliability of children's memory. *Journal of Social Issues, 40*(2), 33-50.

Johnson, W.R. & Kempton, W. (1981). *Sex education and counseling of special groups: The mentally and physically disabled, ill and elderly.* Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.

Jones, D.P.H. & McQuiston, M. (1984). Interviewing the sexually abused child — II Principles and Practice. In D.C. Bross (Ed.), *Multidisciplinary Advocacy for Mistreated Children.* Denver, CO: National Association of Council for Children.

Katan, A. (1973). Children who were raped. *Psychoanalytic Study of the Child, 28*, 208-224.

Kempe, C.H. (1985). Introduction: International perspectives and prospects regarding assault against children. In J. H. Meier (Ed.), *Assault Against Children: Why it happens, How to stop it*. San Diego, CA: College-Hill Press.

Kempton, W. (1977). The mentally retarded person. In H.L. Gochros & J.S. Gochros (Eds.), *The Sexually Oppressed*. New York: Association Press.

Kercher & McShane, M. (1984). The prevalence of child sexual abuse victimization in an adult sample of Texas residents. *Child Abuse and Neglect, 8*, 495-502.

Kline, D.F. (1979). The consequences of neglected cases. In A.M. Thomas (Ed.), *Children Alone: What can be done about abuse and neglect* (pp. 53-60). Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Knopp, F.H. (1984). *Retraining Adult Sex Offenders: Methods and models*. Syracuse, NY: Safer Society Press.

Langevin, R. (1983). *Sexual Strands: Understanding and treating sexual anomalies in men*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Lewis, M. & Sarrell, P.M. (1969). Some psychological aspects of seduction, incest and rape in childhood. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 8*.

Loftus, E.F. (1979). *Eyewitness Testimony*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Longo, R.E. & Gochenour, C. (1981). Sexual assault of handicapped individuals. *Journal of Rehabilitation, 47*, 24-27.

MacDonald, J.M. (1973). *Indecent Exposure*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

MacPherson, C. (1984, February 6). Metro defence courses teach disabled to survive. *Toronto Star*, B3.

Markin, K. (1987, January 29). Jail decision boosts rights for prisoners. *Globe and Mail*.

Marin, B.V., Homes, D.L., Guth, M. & Kovac, P. (1979). The potential of children as eyewitnesses. *Law and Human Behavior, 3*(4), 295-306.

Marquis, K.H., Marshall, J. & Oskamp, S. (1972). Testimony validity as a function of question form, atmosphere, and item difficulty. *Journal of Applied Social Psychology, 2*, 167-186.

Marshall, W.L., Barbaree, H.E. & Christophe, D. (1986). Sexual offenders against female children: Sexual preference for age of victims and type of behavior. *Canadian Journal of Behavioral Science, 18*(4), 424-439.

Martin, H.P., Beezley, P., Conway, E.F., & Kempe, C.H. (1974). The development of abused children. *Advances in Pediatrics, 21,* 25-73.

Mathews, F. (undated). *Adolescent Sex Offenders: A Needs Study.* Central Toronto Youth Services.

Mayer, A. (1983). *Incest: A treatment manual for therapy with victims, spouses and offenders.* Holmes Beach, FL: Learning Publications.

McCauley, J., Gorman, R.L. & Guzinski, G. (1986). Toluidine blue in the detection of perineal lacerations in pediatric and adolescent sexual abuse victims. *Pediatrics, 78*(6), 1039-1043.

McKague, C. (1981). The competency of a mentally handicapped person to testify. *Just Cause,* 19-22.

Mian, M., Wehrspann, W., Klajner-Diamond, H., LeBaron, D. & Winder, C. (1986). Review of 125 children 6 years of age and under who were sexually abused. *Child Abuse and Neglect, 10,* 223-229.

Miller, P. (1976). Blaming the victim of child molestation: An empirical analysis. (Doctoral dissertation, Northwestern University). Dissertation Abstracts International. (University microfilms No. 77-10069).

Ministère des services sociaux et communautaires (1978). *Guidelines for the Investigation of Resident Abuse and Suspected Resident Abuse in Facilities for the Mentally Retarded.*

Minnesota Program for Victims of Sexual Assault (1983). *Are Children with Disabilities Vulnerable to Sexual Abuse?*

Mitchell, L.K. (1985). *Behavioral Intervention in the Sexual Problems of Mentally Handicapped Individuals: In residential and home settings.* Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.

In the interest of MKR — a child, 515 Southwestern Reporter 2d 467 (Mo. 1974).

Moglia, R. (1986). Sexual abuse and disability. *SIECUS Report,* March, 9-10.

Mohr, J.W., Turner, R.W. & Jerry, M.B. (1964). *Pedophilia and Exhibitionism.* Toronto: University of Toronto Press.

Morgenstern, M. (1973). Community attitudes toward sexuality of the retarded. In F.F. de la Cruz & G.D. LaVeck (Eds.), *Human Sexuality and the Mentally Retarded.* New York: Brunner/Mazel.

Morse, C., Sahler, O. & Friedman, S. (1970). A three-year follow-up study of abused and neglected children. *American Journal of Diseases of Children, 120,* 439-446.

Mrazek, P.B. & Kempe, C.H. (Eds.) (1981). *Sexually Abused Children and Their Families*. New York: Pergamon Press.

Murphy, W.D., Coleman, E.M. & Abel, G.G. (1983). Human sexuality in the mentally retarded. In J. Matson & F. Andrasik (Eds.), *Treatment Issues and Innovations in Mental Retardation*. New York: Plenum Press.

Murphy, W.D., Coleman, E.M. & Haynes, (1983). Treatment and evaluation issues with the mentally retarded sex offender. In J.G. Greer & I.R. Stuart (Eds.), *The Sexual Aggressor*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Murphy, L. & Della Corte, S. (1987). Abuse and the special child. *Special Parent Special Child, 3*(1), 1-6.

Musick, J.L. (1984). Patterns of institutional sex assault. *Response to Violence in the Family and Sexual Assault, 7*(3), 1-2, 10-11.

PACER (1986). Parent Advocacy Coalition for Educational Rights, *A Resource Manual on Child Abuse*. Minneapolis.

Per-lee, M.S. (1981). *Victim Witness Project for the Handicapped: Victim justice for disabled Persons: A resource manual*. Washington, DC: Gallaudet College.

Perrin, J.C., et al. (1976). A considered approach to sterilization of mentally retarded youth. *American Journal of Diseases of Children, 130*, 288-290.

Peters, S.D. (1984). The relationship between childhood sexual victimization and adult depression among Afro-American and white women. Unpublished doctoral dissertation. University of California at Los Angeles. (University Microfilms, No. 84-28, 555).

Poirier, P. (1986, November 28). Testing of child witnesses assailed as abuse incentive. *The Globe and Mail*.

Price, J.M. & Valdiserri, E.V. (1981). Childhood sexual abuse: A recent review of the literature. *Journal of American Medical Women Association, 36*, 232-234.

Rimsza, M.E. & Niggemann, E.H. (1982). Medical evaluation of sexually abused children: A review of 311 cases. *Pediatrics, 69*, 8-14.

Rioux, M.H. (1979) *La stérilisation et les personnes souffrant de handicaps mentaux*. Commission de réforme du droit du Canada, document de travail 24.

Rogers, K. (1972). For her own good. *Law and Society Review, 7*(2), 223-246.

Rose, L. (1986). Sexual assault in special needs populations. *SIECUS Report, 1*(1), 20-26.

Rush, F. (1980). *The Best Kept Secret: Sexual abuse of children*. New York: McGraw-Hill.

Rush, F. (1983). *The Freudian Cover-up*. Article distributed at Counselling the Sexual Abuse Survivor Conference in Winnipeg, 1985.

Russell, D.E.H. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse and Neglect: The International Journal, 7*, 2.

Russell, D.E.H. (1984). *Sexual Exploitation: Rape, child sexual abuse, and workplace harassment*. California: Sage Publications, Inc.

Russell, D.E.H. (1986). The incest legacy: Why today's abused children become tomorrow's victims of rape. *The Sciences*, March/April, 28-32.

Ryerson, E. (1984). Sexual abuse and self-protection education for developmentally disabled youth: A priority need. *SIECUS Report, 13*(1), 6-7.

Sanders, G.S. & Warnick, D. (1981). Some conditions maximizing eyewitness accuracy: A learning/memory model. *Journal of Criminal Justice, 9*, 136-142.

Sandgrund, A., Gaines, R.W. & Green, A.H. (1974). Child abuse and mental retardation: A problem of cause and effect. *American Journal of Mental Deficiency, 79*(3), 327-330.

Sank, C. & LaFleche, E. (1981). Special sisters: Health issues for mentally retarded women. *Off Our Backs*, May, p. 26.

Santamour, M.B. & West, B. (1978). The retarded offender and corrections. *Mental Retardation and the Law*, October, 25-37.

Schilling, R.F., Kirkham, & Schinke, (1986). Do child protection services neglect developmentally disabled children? *Education and Training of the Mentally Retarded*, March, 21-26.

Seagull, E.A.W. & Scheurer, S.L. (1986). Neglected and abused children of mentally retarded parents. *Child Abuse and Neglect, 10*, 493-500.

Selling, L.S. (1939). Types of behavior manifested by feeble-minded sex offenders. *Proceedings from the American Association on Mental Deficiency, 44*, 178-186.

Sengstock, W.L. & Vergason, G.A. (1970). Issues in sex education for the retarded. *Education and Training of the Mentally Retarded, 5*, 99-103.

Sgroi, S.M. (1982). *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse* Lexington, MA: Lexington Books.

Shore, D.A. (1982). Sexual abuse and sexual education in child-caring institutions. *Journal of Social Work and Human Sexuality, 1*(Fall-Winter), 171-184.

Silber, T.J. & Controni, M.S. (1982). Clinical spectrum of pharyngeal gonorrhea in children and adolescents: Report of 16 patients. *Journal of Adolescent Health Care*, 1 July.

Silbert, M.H. & Pines, A.M. (1981). Sexual child abuse as an antecedent to prostitution. *Child Abuse and Neglect, 5*, 407-411.

Simonds, J.F. (1980). Sexual behaviors in retarded children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 1*(4), 173-179.

Singer, D. & Reveson, T. (1978). *How a Child Thinks*. New York: New American Library.

Solomons, G. (1979). Child abuse and developmental disabilities. *Developmental Medical Child Neurology, 21*, 101-106.

Souther, M.D. (undated). *Developmentally disabled, abused and neglected children: A high risk/high need population*. Photocopy.

Starr, R.H., Dietrich, K.N., Fischoff, J., Ceresnie, S. & Zweier, D. (1984). The contribution of handicapping conditions to child abuse. *Topics in Early Childhood Special Education, 4*(1), 55-69.

Stevens, D. & Berliner, L. (1979). Special techniques for child witnesses. In L.G. Schultz (Ed.), *The Sexual Victimology of Youth*, Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Stokes, R.E. (1964). A research approach to sexual offenses involving children. *Canadian Journal of Corrections, 6*, 87-94.

Summit, R. (1983). Recognition and treatment of child sexual abuse. In C. Hollingsworth (Ed.), *Providing for the Emotional Health of the Pediatric Patient*. New York: Spectrum Publishers.

Summit, R. & Kryso, J. (1978). Sexual abuse of children: A clinical spectrum. *American Journal of Orthopsychiatry, 48*(2), 237-251.

Szymanski, L.S. (1977) Psychiatric diagnostic evaluation of mentally retarded individuals. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 16*, 67-87.

Szymanski, L.S. & Jansen, P.E. (1980). Assessment of sexuality and sexual vulnerability of retarded persons. In L.S. Szymanski & P. Tanguey (Eds.), *Emotional Disorders of Mentally Retarded Persons*. Baltimore: University Park Press.

Turnbull, H. (Ed.) (1977). *Consent Handbook*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency, Special Publication #3.

Varley, C.K. (1984). Schizophreniform psychoses in mentally retarded adolescent girls following sexual assault. *American Journal of Psychiatry, 141*(4), 593-594.

Vigilanti, M.A. (undated). *Sexual abuse and developmentally disabled women and children: A current perspective.* Photocopy.

Virkkunen, M. (1974). Incest offences and alcoholism. *Medicine Science and the Law., 14*, 124.

Watson, J.D. (1984). Talking about the Best Kept Secret: Sexual abuse and children with disabilities. *The Exceptional Parent,* September, 15-22.

Whitcomb, D. (1982). *Assisting Child Victims of Sexual Abuse (for Special Needs Victims).* Frederick, MD: Aspen Publishers Inc.

Whitman, W.P. & Quinsey, V.L. (1981). Heterosocial skill training for institutionalized rapists and child molesters. *Canadian Journal of Behavioral Science, 13*(2), 105-114.

Women Against Rape (WAR) (undated). *Myths about the Sexual Assault of Persons Labeled Mentally Retarded/Developmentally Disabled/Chronically Mentally Ill.* Assault Prevention Training Project, Columbus, Ohio.

Wooden, K. (1976). *Weeping in the Playtime of Others: America's Incarcerated Children.* New York: McGraw- Hill Book Company.

Worthington, G.M. (1984). Sexual exploitation and abuse of people with disabilities. *Response, 7*(2), March/April, 7-8.

Wyatt, G.E. (1985). The sexual abuse of Afro-American and white American women in childhood. *Child Abuse and Neglect, 9*, 507-519.

CONSULTATIONS

15/05/87	Anderson Kent, Cordelia: Educator, Sexual Abuse Prevention Illusion Theatre, Minneapolis, Minnesota
06/87	Workshop: Prevention
28/05/87	Antell, Steve: Adult Protective Services, Social and Rehabilitation Services, Vermont.
28/05/87	Authier, Karen: Administrative Director, Center for Abused Handicapped Children at Boystown, Omaha, Nebraska
06/87	Barbaree, Howard: Kingston Sexual Offenders Clinic, Department of Psychiatry, Queen's University, Kingston, Ontario
06/87	Barrett, Mike: SIECAN (Sex Information and Education Council of Canada) Toronto, Ontario
02/85	Berliner, Lucy: Therapist, Seattle, Washington Workshop: Young child victims, Presented at the Winnipeg Conference, Counselling the Sexual Abuse Survivor.
25/05/87	Birrell, Joan: Barbara Shleiffer Clinic, Toronto, Ontario
06/87	Blomberg, Patti: Association for Retarded Citizens & Doctoral Candidate at University of California at Davis

15/05/87	Brand, Judith: Ministry of Education, Special Education Division (Colombie-Britannique).
06/87	Croezen, Robert: Workshop: Interviewing, Child Abuse Coordinator, Kitchener, Ontario
22/05/87	Daro, Debra: National Commission for the Prevention of Child Abuse (NCPCA), Chicago, Illinois.
05/87	Davies, Joan: Joan Davies Associates, Family Life Educator, Middletown, New Jersey
06/87	Dawson, Ross: Workshop: Institutional Abuse, Executive Director, Family and Child Services, Woodstock, Ontario.
13/07/87	Dickey, Jo: The Community Living Society, Vancouver (Colombie-Britannique).
19/05/87	Doucette, Joanne: Disabled Women's Network, (DAWN) Toronto, Ontario
05/88	Duffet, Pauline: Counsellor, Peterborough Rape Crisis Centre, Ontario
16/07/87	Eakin, Lynn: J.D. Griffin Adolescent Centre, Toronto, Ontario
29/06/87	Endicott, Orville: Canadian Association for Community Living, Toronto, Ontario
04/87	Finkler, Lilith: Toronto, Ontario
06/87	Garfinkel, Lily: Coordinator, PACER (Parent Advocacy Coalition for Educational Rights), Minnesota
25/05/87	Gould, Gayle: Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse
03/06/87	Griffiths, Dorothy: York Behavioral Management Program, York Central Hospital, Toronto, Ontario.
06/87	Hallet, Shelley: Assistant Crown Attorney, Toronto, Ontario, Workshop: New Laws, New Possibilities.
11/06/87	Hansen, Susan: Program Supervisor, Association for Retarded Citizens, Denver, Colorado.
22/05/87	Hard, Suzanne (with research from William Plumb): Researcher, San Diego, California.
01/06/87	Heusen, Ann: Rehabilitation Studies, University of Calgary, Alberta
25/05/87	Holmes, Carole: Program Supervisor, COMSOC — Ontario Ministry of Community and Social Services

17/07/87 Hyman, Batya: Therapist, Jamaica Plain, Massachusetts

01/06/87 Knopp, Faye Honey: Therapist/Author, Syracuse, New York

05/87 Krents, Elisabeth: Project Director, The Lexington Centre Child Abuse and Disabled Children Project, Jackson Heights, New York.

06/87 Lefkowitz, Myra: Workshop: Child Witnesses, Community Liaison, Metro Special Committee on Child Abuse, Toronto

20/05/87 Loney, Grace: Association canadienne d'assistance juridique d'information et de recherche des handicapés, Ottawa, Ontario

15/05/87 Lyster, Kim: Project Coordinator, Rights Now Project, British Columbians for Mentally Handicapped People

22/05/87 MacPherson, Cathy: PUSH Ontario

28/05/87 Marlett, Nancy: Director, Dinsdale Centre, Calgary, Alberta

20/05/87 Martin, Mariruth: Toronto Rape Crisis Center, Counsellor

15/05/87 Musick, Judith: Researcher, Institute for the Study of Sexual Assault, San Francisco, California

22/05/87 Nannarone, Dianne: Women's College Hospital Sexual Assault Unit, Toronto, Ontario.

15/07/87 Park, Peter: Expert en matière d'auto-parrainage, Le mouvement Des Personnes d'abord, Toronto (Ontario)

15/05/87 Purmort, Sheryl: Program Specialist, Minnesota Program for Victims of Sexual Assault, Dept. of Corrections

22/05/87 Reier, Suzanne: Researcher/Educator, Berkeley, California

16/07/87 Richler, Diane: Association canadienne pour l'intégration communautaire (A.C.I.C.), Toronto (Ontario)

21/05/87 Rodgers, Barbara: Program Manager, Thistletown Regional Centre, SAFE-T Program, Ontario

06/87 Russell, Diana: Researcher, Professor of Sociology Mills College, Oakland, California
Lecture: Research — Effective Utilization in Treatment and Prevention.

15/05/87 San Francisco Child Abuse Council

19/05/87 Seger, Linda: Office of Child Abuse Prevention, California

15/05/87 Shaman, Ellen: Seattle Rape Relief Developmental Disabilities Project

01/06/87 Simpson, Kathy: Educator, Planned Parenthood of Shasta-Diablo, California

20/05/87 Stiggall, Lynne: Educator

13/07/87 Udell, Rob: Maplehurst Correctional Centre, Milton, Ontario

15/07/87 Worrell, Bill: Des Personnes d'abord, Toronto (Ontario)

Liste 1.*

Nombre de cas rapportés — Comparaison

	État de la Californie		King County, WA	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Population (normale)	24 330 000	100	1 269 750	100
Population (Présentant des troubles du développement)	2 919 600	12	152 370	12
Nombre de cas rapportés de mauvais traitements infligés aux enfants (total)	97 329	0,004	inconnu	—
Abus sexuels rapportés (total)	5 840	0,00024	inconnu	—
Abus sexuels rapportés (Envers les enfants présentant des troubles du développement)	inconnu		150	0,00098

* Liste tirée de Cowardin (1987)

Tableau 1*

Quatre conditions prédisposant aux abus sexuels envers les enfants

I. Prédisposition à commettre des abus envers les enfants
   1. fonction sexuelle de l'homme dans la société
   2. victime d'abus sexuels au cours de l'enfance
   3. effets de l'exposition à la pornographie

II. Réduction des inhibitions internes
   1. minimisation du mal causé
   2. vision culturelle selon laquelle la sexualité de la femme est un bien de consommation et les enfants peuvent être possédés comme des objets
   3. appuis culturels à la sexualité « prédatrice » de l'homme
   4. absence d'un lien de sang avec l'enfant
   5. consommation d'alcool
   6. pornographie
   7. sexualisation des enfants dans les moyens des communication de masse

III. Réduction des inhibitions sociales
   1. pornographie
   2. domination du mâle/pouvoir structurel
   3. disparité des pouvoirs entre les adultes et les enfants

IV. Réduction de la résistance de l'enfant
   Neuf facteurs de risque (voir tableau 2)

* Tableau tiré de Russell (06-87)

Tableau 2*

Les neuf facteurs de risque de Finkelhor

1. L'enfant est affectivement perturbé
2. L'enfant est socialement isolé
3. L'enfant connaît l'adulte
4. L'enfant est particulièrement attaché à l'adulte
5. L'enfant est sensible aux appâts que lui offre l'adulte
6. L'enfant se sent abandonné et impuissant
7. L'enfant ignore ce qui lui arrive
8. L'enfant est réprimé sexuellement et a une curiosité sexuelle
9. Usage de la force

* Tableau tiré de Russell (06-87)

Tableau 3

*Comportements indiquant que l'enfant a été victime d'abus sexuels**

1. Obéissance excessive
2. Passage à l'acte, comportement agressif
3. Comportement faussement mature
4. Sous-entendus concernant une activité sexuelle
5. Jeux sexuels persistants et inappropriés avec ses camarades ou des jouets ou avec lui-même, ou comportement sexuel agressif avec les autres
6. Compréhension (jusque dans les détails) de comportements inappropriés pour son âge (particulièrement dans le cas des jeunes enfants)
7. Arrive tôt à l'école et quitte tard et s'absente rarement ou jamais
8. Piètres relations avec les camarades ou incapacité de se faire des amis
9. Manque de confiance, particulièrement avec des personnes qui jouent un rôle important dans sa vie
10. Ne participe pas aux activités scolaires et sociales
11. Incapacité de se concentrer à l'école
12. Chute soudaine du rendement scolaire
13. Peur excessive des hommes (lorsqu'il s'agit d'un agresseur du sexe masculin et d'une victime de sexe féminin)
14. Comportement séducteur envers les hommes (dans le cas d'un agresseur de sexe masculin et d'une victime de sexe féminin)
15. S'enfuit de la maison
16. Troubles du sommeil
17. Conduite régressive
18. Retrait
19. Dépression clinique
20. Sentiments suicidaires

* Tiré de Sgroi (1982, p. 40-41)

Tous droits réservés ©1982 (*Assault*), D.C. Heath Canada Limited.
Réimpression avec permission.

TABLEAU 4

RÉPONDANTS QUI ONT RAPPORTÉ UN ABUS

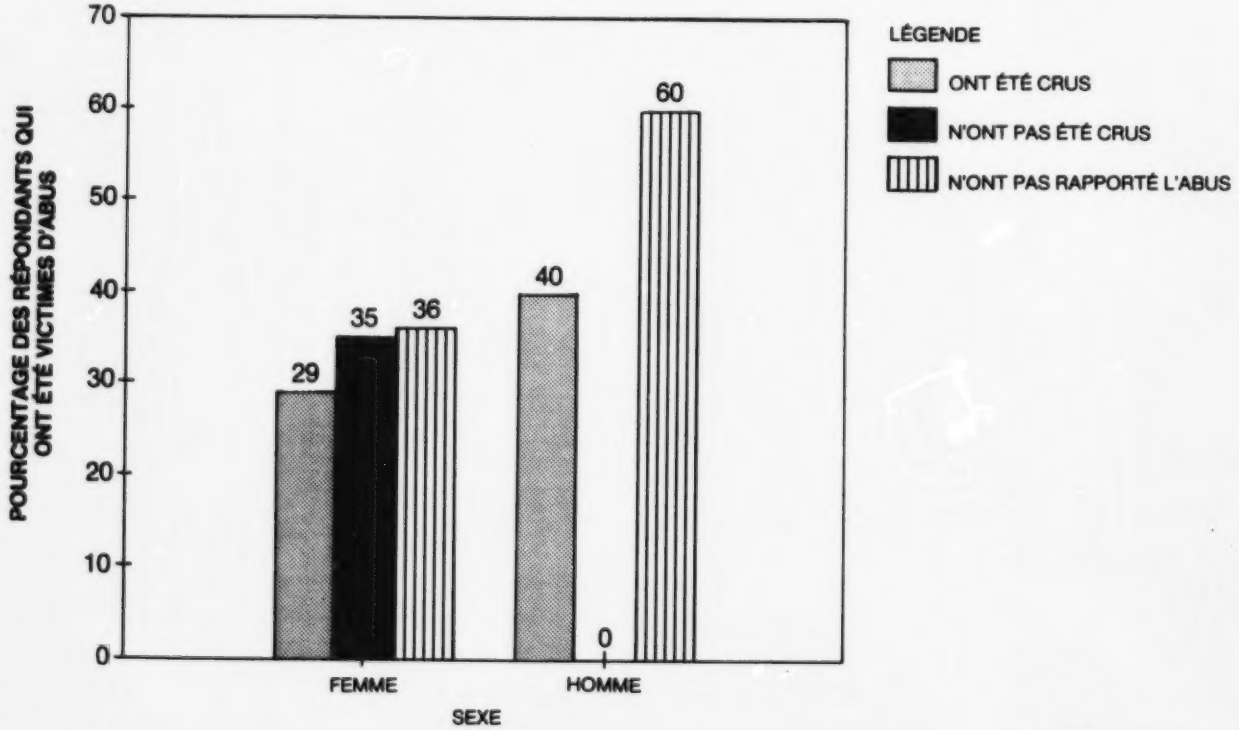


TABLEAU FOURNI PAR S. HARD

TABLEAU 5

RÉPERCUSSION DE LA DIVULGATION DE L'ABUS SUR LA SITUATION

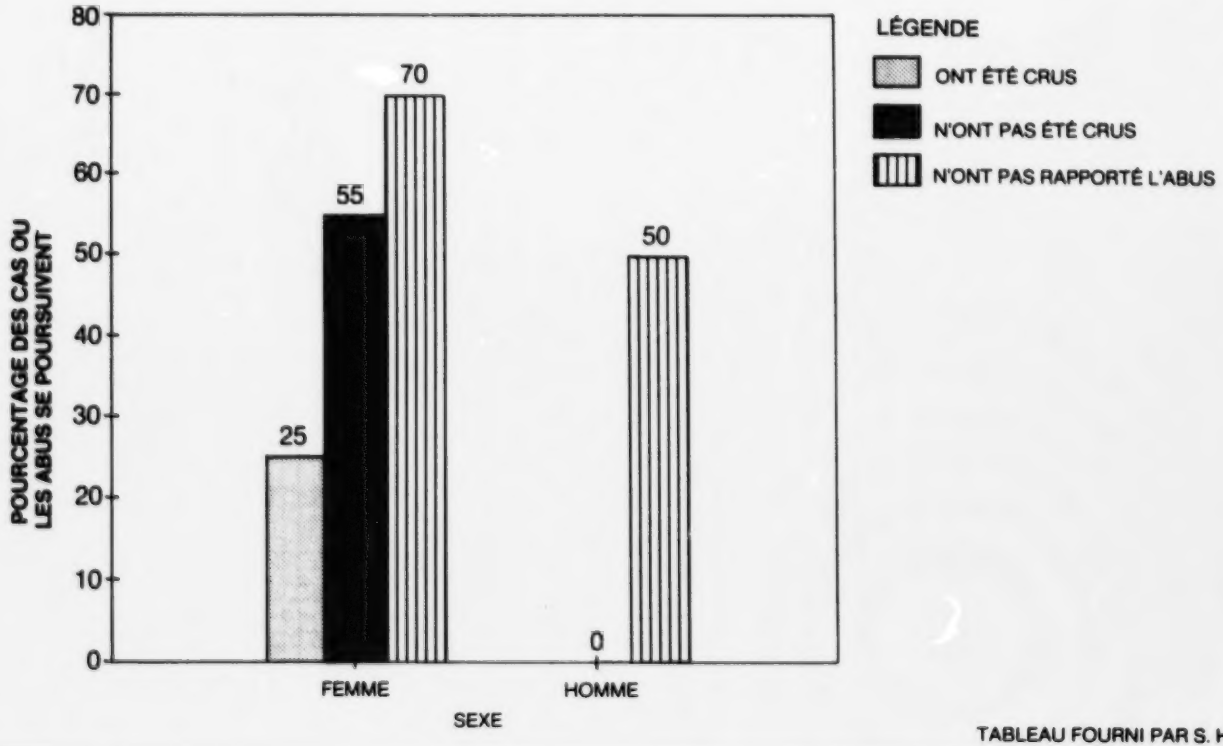


TABLEAU FOURNI PAR S. HARD

Tableau 6

*Première entrevue avec des personnes handicapées qui ont été victimes d'abus sexuels**

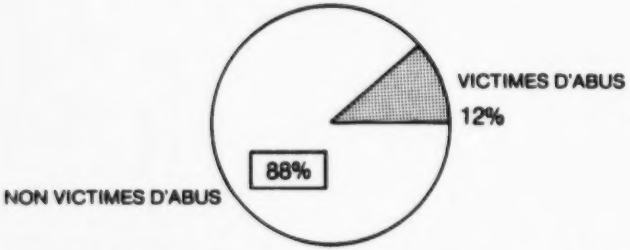
1. Déterminez le handicap (par exemple, niveau de compréhension, handicap physique, trouble de la parole, handicap auditif; problème psychiatrique ou social).
2. Déterminez si le handicap entravera la bonne marche de l'entrevue et, au besoin, obtenez l'aide ou les conseils d'un membre de la famille ou d'un membre du personnel qui s'est déjà occupé de ce type de client.
3. Évaluez les répercussions du viol sur le comportement de la victime (par exemple, demandez aux membres de la famille si tel et tel comportement constitue une réaction habituelle au stress et quels sont les changements qu'ils ont notés dans le comportement de l'enfant).
4. Procédez selon le protocole habituel en l'adaptant au niveau de stress de l'adolescent. Soyez prêt à passer du temps supplémentaire avec la victime et sa famille.
5. Soyez vigilant et veillez à ne pas projeter sur votre client les idées stéréotypées que vous pourriez avoir au sujet des personnes handicapées victimes d'abus; plutôt, observez et évaluez attentivement la situation et discutez respectueusement et aimablement avec la victime et sa famille, afin de bien percevoir quelles sont les répercussions de l'abus.
6. Enregistrez l'entrevue dans une langue qui respecte l'adolescent et sa famille tout en rendant compte objectivement de vos constatations.
7. Soyez prêt à travailler en collaboration avec d'autres membres du personnel qui se sont déjà occupés de la victime. Demandez tout d'abord à la victime de vous autoriser à discuter de son cas avec tel ou tel organisme puis tenez-la au courant de vos démarches; assurez-vous que l'organisme sait que vous fournissez du suivi à la victime et à sa famille.

* Tiré de Burgess et Holmstrom (1978, p. 72-73.)

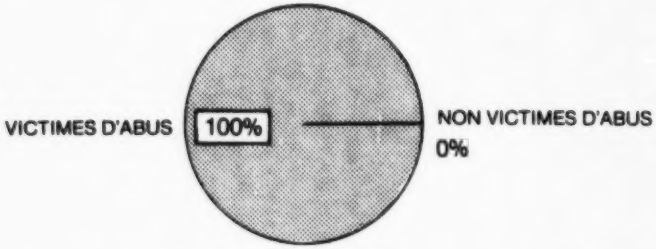
Tous droits réservés ©1978 (*Handbook*), D.C. Heath Canada Limited.

TABLEAU 7

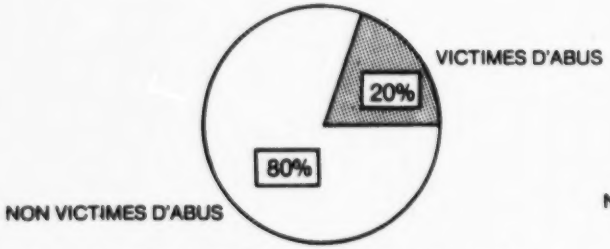
RÉPERCUSSION DE L'ÉDUCATION SEXUELLE SUR LE NOMBRE DES ABUS



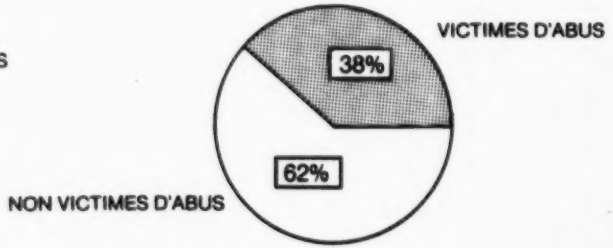
FEMMES AYANT REÇU UNE ÉDUCATION SEXUELLE



FEMMES N'AYANT REÇU AUCUNE ÉDUCATION SEXUELLE



HOMMES AYANT REÇU UNE ÉDUCATION SEXUELLE



HOMMES N'AYANT REÇU AUCUNE ÉDUCATION SEXUELLE

TABLEAU FOURNI PAR S. HARD

Tableau 8
*Règles**

1. discipline
2. contacts
3. communication
4. secrets
5. intimité
6. limites
7. climat sexuel
8. tenue vestimentaire
9. seul ou en présence d'un témoin

* Tiré d'un atelier sur les abus commis en établissement présenté par Ross Dawson (06-87)

Tableau 9
*Éviter les plaintes**

A. Préparation — obtenir des renseignements complets sur l'enfant
   — avoir la formation nécessaire pour répondre aux besoins de l'enfant
   — établir un programme de soins

B. Respect des procédures
   — suivre les lignes directrices en matière de discipline
   — avoir des témoins
   — prendre des notes

C. Dialogue
   — tenir le travailleur social au courant des éléments positifs et négatifs
   — demander de l'aide tôt
   — obtenir du soutien et du secours au besoin
   — demander une évaluation ou une aide médicale
   — formation pour les parents d'accueil

* Tiré de l'atelier sur les abus commis en établissement présenté par Ross Dawson (06-87)

Tableau 10
*Aptitudes intellectuelles à évaluer**

1. Il peut être facile de reconnaître les visages puisqu'aucun exercice n'est nécessaire pour y parvenir.
2. Dû à des problèmes de mémoire auditive, la victime peut avoir du mal à se rappeler les échanges qui ont eu lieu.
3. Le fait de rappeler plusieurs conversations, dates et lieux peut entraver la capacité de la personne présentant un trouble du développement de discuter avec l'interviewer des faits qui se sont produits.
4. Par ailleurs, la présence de troubles d'articulation et d'assimilation du langage et des déficiences verbales peuvent entraver la communication.
5. Il est primordial d'évaluer les forces et les faiblesses intellectuelles des victimes sur une base individuelle afin de parvenir à évaluer avec exactitude sa compétence.
6. De nombreux individus présentant un trouble du développement peuvent savoir que le viol est quelque chose de mal sans toutefois avoir une idée claire de ce qu'est un viol ou de ce que mal veut dire.
7. Il est fréquent que l'entrevue vise à déterminer l'état mental de la victime au moment où le délit a été commis. Cela peut être difficile dans le cas qui nous intéressse étant donné qu'une personne qui présente une déficience intellectuelle et présente aussi plusieurs troubles cognitifs. Il est très important d'essayer d'obtenir une description détaillée des activités de l'individu le jour du présumé délit en plus d'un récit détaillé du délit lui-même. Il faut aussi obtenir des renseignements supplémentaires en communiquant avec les membres de la famille, et avec les témoins s'il y en a eu, et en consultant les rapports de police, afin de pouvoir corroborer ou réfuter les impressions personnelles de l'individu.
8. Soyez attentifs au degré de passivité de l'individu et essayez de déterminer s'il est influençable.

* Tiré de Blomberg (non daté)

TABLEAU 11

L'évaluation du comportement et le traitement des délinquants sexuels.

	SECTEURS PROBLEMES	MÉTHODES DE TRAITEMENT	MÉTHODES D'ÉVALUATION
Variables de l'excitation	Excitation excessive face à des stimuli déviants	Thérapies d'aversion-suppression 1. Sensibilisation cachée 2. Aversion par chocs électriques 3. Aversion par odeurs désagréables 4. Aversion chimique 5. Suppression assistée par le biofeedback 6. Satiété	Enregistrement des érections Auto-évaluation Entrevues cliniques
	2- Absence d'excitation en présence de stimuli non-déviants	Génération d'une excitation en présence d'éléments non déviants 1. Conditionnement masturbatoire 2. Exposition 3. Estompage 4. Désensibilisation systématique	
Déficit au niveau des aptitudes sociales	Aptitudes sociales hétérosexuelles Aptitudes à l'affirmation de soi	Développement des aptitudes sociales hétérosexuelles Développement de l'affirmation de soi	Jeux de rôle axés sur l'amélioration du comportement Auto-inventaires Entrevues cliniques
Comportement sexuel	Disfonctionnement sexuel Connaissance sexuelle	Thérapie Éducation sexuelle	Inventaires sexuels Test d'éducation sexuelle Entrevues cliniques
Aptitudes cognitives/ sociales	Attitudes Perception Discrimination	?	Échelle de Burt ?

Tiré de *The Sexuel Aggressor* par J.G. Greer & J.R. Stuart (Eds.), 1983, New York: Van Nostrand Reinhold. Tous droits réservés par Van Nostrand Reinhold. Réimpression avec permission.

ANNEXE A

Programme de prévention	Population cible
Illusion Theatre (Anderson)	déficience légère à moyenne
Self-protection for the Handicapped (Fisher, 1982)	déficience moyenne
Special Education Curriculum on Sexual Exploitation (Seattle Rape Relief)	déficience légère (6 ans et plus)
No-Go-Tell	déficience légère à grave (à partir de l'âge préscolaire)
What if . . . (Cowardin, 1986)	déficience légère à moyenne
Circles (Champagne & Walker-Hirsch, 1983)	déficience légère à moyenne
Preventing Sexual Abuse of Persons with Disabilities (O'Day, 1983)	déficience légère à moyenne
Assault Prevention Education (Women Against Rape, undated)	déficience légère à moyenne (à partir de l'adolescence)

Notes

[1] Le caractère immoral de cette solution, qui réduit la possibilité de détention de l'exploitation tout en n'accroissant pas la protection contre l'exploitation, n'est jamais contesté.

[2] Ironie de la situation, les agressions sont manifestement fréquentes dans ce type d'établissement (Musick, 1984).

[3] L'abus n'est révélé qu'une fois qu'elle a présenté une partie de son matériel : les enfants viennent la voir pour lui dire qu'une chose semblable vient juste de leur arriver.

[4] Cette évaluation inclut les abus ne comportant pas de contacts, tel l'exhibitionnisme. Sont exclus par contre les témoignages de nombreux individus pour lesquels on ne savait pas à quel âge avait eu lieu l'abus sexuel.

[5] Afin de faciliter la lecture, le féminin sera souvent utilisé pour désigner l'enfant victime de l'abus et le masculin pour désigner l'agresseur adulte, ce qui est de toute façon conforme à la réalité dans la majorité des cas. Cela ne veut cependant pas dire qu'il n'y ait pas de victimes de sexe masculin et d'agresseurs de sexe féminin.

[6] Ses parents peuvent également nourrir la même crainte et empêcher l'enfant de rapporter les abus même s'ils en sont au courant (Dickey, 07-87).

[7] Les enfants réagissent très différemment aux abus sexuels et nous supposerons ici que les enfants ayant des troubles du développement présentent une gamme de symptômes similaires à ceux qui se manifestent chez les autres enfants. Lorsqu'il en sera autrement nous le mentionnerons.

[8] On ignore comment ce processus est pris en compte dans le cas d'un enfant ou d'un adolescent qui a été stérilisé. On peut certainement considérer que la stérilisation modifie la sexualité d'un enfant d'une manière « inappropriée du point de vue développemental ». Voir Rioux (1979) pour une analyse des effets psychologiques des procédures de stérilisation sur les personnes qui présentent une déficience intellectuelle.

[9] La psychose schizophréniforme est un état psychotique dans lequel le malade présente un comportement bizarre, souffre d'hallucinations et de délire.

[10] On peut obtenir gratuitement des bibliographies annotées sur le traitement des abus sexuels en s'adressant au Centre national d'information sur la violence dans la famille.

[11] Et on ne voudrait certainement pas qu'ils se mettent à le faire!

[12] Incluant les foyers de groupe, les écoles et les installations des établissements dans lesquels vivent les enfants en groupes.

[13] Même lorsqu'il y a sélection, puisque l'agresseur n'a pas de casier judiciaire.

[14] Cette croyance avait cours bien avant l'avènement des tests d'intelligence, mais depuis que ces tests existent, il est extrêmement courant de les faire subir aux détenus. La majorité des recherches récentes sur le système de justice pénale indiquent que les résultats obtenus aux tests de quotient intellectuel constituent le seul critère de détermination de la « déficience mentale ». J'ai souligné ailleurs mes préoccupations concernant ces procédures.

[15] Marshall et Barbaree ne travaillent pas exclusivement avec des délinquants qui présentent une déficience intellectuelle mais ils comptent bon nombre de délinquants ayant un coefficient intellectuel faible dans leur programme d'évaluation et de traitement.

[16] Les mêmes préoccupations transparaissent dans le droit canadien puisque la législation sur les agressions comporte une définition de ce qui n'est pas un consentement.

[17] La présence de cet élément ne devrait pas suffire à prouver l'inaptitude à donner son consentement. Comme cela a été démontré, de nombreux adolescents qui vivent en établissement n'ont reçu aucune éducation sexuelle et seraient par conséquent considérés comme inaptes à donner leur consentement.

[18] Bien que la loi était archaïque et imposait le célibat à vie aux femmes présentant des troubles du développement, elle permettait d'attraper dans ses mailles les adultes qui exploitaient des adolescents et d'autres adultes.

[19] Si l'intelligence d'un témoin proposé est contestée, il faut déterminer la capacité de témoigner de ce dernier lors d'une audience préliminaire (voir-dire).

[20] Il est inutile de discuter de la crédibilité du témoignage des enfants qui présentent une déficience intellectuelle tant que l'on considère que tous les enfants sont inaptes à présenter un témoignage crédible.

[21] Il faut se rappeler que les enfants peuvent ne pas considérer comme important les mêmes éléments que les adultes; par exemple, le signalement de l'agresseur n'est pas nécessairement pour eux un élément primordial.

[22] On peut par exemple poser la question suivante à l'enfant : « Peux-tu me dire si cela s'est produit avant ou après ton anniversaire? »

[23] Nombreaux sont ceux qui s'inquiètent de ce que le présumé agresseur soit privé de ses droits si on utilise des bandes vidéo et s'il n'est pas autorisé à être présent dans la salle d'audience. Il s'agit là de questions juridiques dont il faudra traiter.

[24] Comprend les foyers de groupe, les écoles et les établissements où vivent un grand nombre d'enfants.

PUBLICATIONS DE L'INSTITUT G. ALLAN ROEHER

ENVOYEZ VOTRE COMMANDE À :

L'Institut G. Allan Roeher
Édifice Kinsmen
4700, rue Keele
Downsview (Ontario)
M3J 1P3
Téléphone : (416)661-9611

Les prix indiqués peuvent changer sans préavis.

Entourage est un magazine bilingue, publié quatre fois l'an, qui offre à ses lecteurs l'information la plus à jour dans le domaine de la déficience intellectuelle. Si l'intégration scolaire, le travail avec soutien, l'intégration dans la collectivité ou les programmes et les nouvelles les plus récents vous intéressent, c'est entourage qu'il vous faut lire.

Abonnement : 16 $ (Canada)/18 $ (étranger) - 1 an
30 $ (Canada)/34 $ (étranger) - 2 ans

Association canadienne pour l'intégration communautaire — *Intégration communautaire 2000.* 1987, 2 $

L'Institut G. Allan Roeher — *Éducation /Intégration,* Volume II. 1987, 15 $

L'Institut G. Allan Roeher — *Le petit livre des parents.* 1986, 6 $

L'Institut G. Allan Roeher — *Des Gestes qui comptent : des mesures collectives ayant pour but de prévenir l'apparition du handicap intellectuel et de promouvoir une qualité de vie pour tous.* 1986, Cinq volumes. 5 $ chacun ou 20 $ pour la série.

L'Institut G. Allan Roeher — *Éducation/Intégration — une collection d'écrits sur l'intégration des enfants qui ont un handicap intellectuel dans le système scolaire actuel.* 1984, 12 $

L'Institut G. Allan Roeher — *Le Jeu pour le jeu — Comment se servir des jeux coopératifs comme méthode d'intégration.* 1984, 6 $

L'Institut G. Allan Roeher offre également divers ouvrages sur la déficience intellectuelle publiés par d'autres organisations. Il vous suffit de nous écrire ou de nous donner un coup de fil pour obtenir une copie du répertoire des publications.

L'Institut G. Allan Roeher s'appelait autrefois l'Institut canadien pour la déficience mentale.